

EMBAJADA
DE ESPAÑA
EN BOLIVIA



COOPERACIÓN
ESPAÑOLA

Salud intercultural en Bolivia a inicios del tercer milenio

José Luis Baixeras Divar
La Paz, octubre 2004

Contenido

Prólogo	3
PRIMER PARTE.....	5
1.1. Marco general	5
Algunos conceptos claves	5
El método científico	6
La experiencia tradicional	7
La Medicina Basada en la Evidencia	9
El enfoque holístico	10
La salud Intercultural	13
Relación entre la medicina tradicional y moderna.....	16
1.2. Antecedentes y contexto en Bolivia.....	19
Documentos relevantes en relación a la medicina tradicional boliviana	19
Acciones en salud intercultural en Bolivia en los últimos tiempos	21
Epílogo	24
Bibliografía de referencia.....	26
SEGUNDA PARTE.....	31
2.1. Marco Legal en Bolivia.....	32
Constitución Política del Estado.....	32
Vigencia de la Medicina Tradicional (1984).....	32
Servicios integrados de medicina nativa, medicina oficial y medicinas alternativas (1984)	32
Reglamento para la practica de la medicina naturista tradicional (1987)	32
Creación del Instituto Boliviano de Medicina Tradional Kallawaya (1987)	33
Regulación de las medicamentos naturales y tradicionales (1998)	34
Normas para medicamentos naturales, tradicionales y homeopáticos (2001).....	35
Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (2001)	35
Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (2001)	35
Seguro Universal Materno Infantil (2002)	37
Modelo de gestión (2003).....	38
2.3. Declaración universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural (2001)	39
2.4. Declaración de Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud.....	43
2.5. Winnipeg. Reunión de trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud (1993).....	46
2.6. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005	50

Prólogo

¿Qué integración existe en Bolivia de las prácticas médicas tradicionales empíricas con la medicina moderna científica? El objetivo de este trabajo es dar respuesta a esta pregunta, teniendo presente que es compleja, diversa y en ocasiones contradictoria.

En la **relación** de la medicina tradicional popular con la medicina moderna oficial la OMS identifica tres grandes tendencias: integración, coexistencia y tolerancia. En el primer grupo -**integración**-, los médicos tradicionales son reconocidos y su trabajo es oficialmente regulado. Esto permite que dichos médicos sean empleados en instituciones públicas de salud y que compartan capacidad de decisión clínica con los médicos formados bajo el modelo científico. En el segundo grupo -**coexistencia**-, la medicina tradicional sólo ha logrado un grado de convivencia con la medicina oficial a partir de un marco jurídico bien establecido, lo cual ha permitido cierto nivel de integración en el sistema oficial de salud. Finalmente, en el tercer grupo -**tolerancia**- la práctica de la medicina tradicional sólo es tolerada, es decir, aunque no existe un marco legislativo que regule la práctica, sin embargo, la medicina tradicional se practica cotidianamente. ¿En que grupo se encuentra la relación de la medicina tradicional en Bolivia? La finalidad de este trabajo es describir y comprobar en que situación se encuentra la integración de la medicina tradicional-empírica-popular con la moderna-científica-institucional.

La integración y la interculturalidad se proponen hoy en época de **globalización**. Por tanto, hay que tener en cuenta las reflexiones generadas a partir de la relación globalización-parcialización, universal-particular, inter-nacional-local, con la intención de captar estos antagonismos y formas de pensar desde la heterogeneidad y desde la integración. La globalización conlleva la tendencia a la **desterritorialización**, separando la unidad nacional y creando la necesidad de definir una espacialidad distinta. Esta cualidad de desterritorialización de la globalización libera a las identidades locales del anterior peso de la cultura nacional. La globalización supera los modos de construir identidades desde la nación, que se construyen en detrimento de las identidades locales. Está surgiendo en el horizonte cultural mundializado un nuevo modo de estructurar identidades. Es necesario tener en cuenta qué significa, en este contexto, lo universal y lo particular, lo propio y lo ajeno, la identidad y la cultura, lo básico y lo máximo. En este proceso de nuevas definiciones de identidades, posicionamientos y territorialización, las tensiones y los conflictos están incrementándose.

Se comparte con el “Informe Nacional de Desarrollo Humano 2004. Interculturalismo y globalización” del PNUD la siguiente pregunta: “En una sociedad atrasada y pobre como la boliviana ¿es posible un desarrollo informacional, que permita una inserción fecunda en la globalización y a la vez enfrente los temas no resueltos? El desafío es. enfrentar los retos que impone un **desarrollo pendiente** y que consisten en resolver su añejo déficit en infraestructura, junto a sus enormes saldos de inequidad, pobreza y rezago institucional, agravados por la vigencia de un **multiculturalismo cerrado**, que obstaculiza la convivencia entre bolivianos de diferentes culturas y estratos sociales” (PNUD, 2004). En el relacionamiento multicultural el PNUD propone seis posibles códigos: De oposición polarizada; de defensa múltiple; de adaptación flexible; misionero; de péndulos regionales; de corporativismo asistencial.

La integración y la interculturalidad están contextualizadas en Bolivia a inicios del tercer milenio, momento histórico en el que se está viviendo una elevada conflictividad política, social, étnica y cultural. Existen enfrentamientos debidos a reivindicaciones de grandes grupos sociales y étnicos

excluidos, existe firmeza en las propias posiciones, con escasa flexibilidad, adaptabilidad y tolerancia hacia otras posiciones.

En la temática que tiene que ver con la salud no existen tantos enfrentamientos y desacuerdos, pero no se puede obviar este contexto amplio conflictivo que está viviendo la sociedad en general porque constituye el entorno del cual la salud no puede abstraerse ni olvidar.

PRIMER PARTE

1.1. Marco general

Algunos conceptos claves

La salud intercultural está en relación con la medicina tradicional empírica y la medicina científica académica. Partimos de la observación de que se usan muchos términos y conceptos para referirse a la diferencia que existe en la actualidad en el ejercicio de la medicina. Es necesario aclarar estos términos y conceptos para que sepamos a que nos estamos refiriendo con ellos, frente a los otros términos que se usan para hacer referencia a estas diferencias.

En primer lugar se considera el listado de términos antónimos que con más frecuencia se usan en relación con la salud intercultural y la medicina:

Tradicional	Moderna	Mágica	Biológica
Empírica	Científica	Colectiva	Institucional
Originaria	Foránea	Comunitaria	Individual
Oriental	Occidental	Esotérica	Oficial
Natural	Artificial	Informal	Formal
Popular	Académica	Oculto	Convencional

A continuación se presentan las definiciones del Diccionario de la Lengua Española de los conceptos claves para este trabajo que se usarán para conocer lo común y lo diferente de los distintos ejercicios de la medicina:

Salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 1947).

Intercultural: entre varios conjuntos de modos de vida y costumbres, conocimientos y grados de desarrollo artístico, científico, industrial, etc.

Medicina: Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano.

Ciencia: Conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales.

Arte: Virtud, disposición y habilidad para hacer algo. Conjunto de preceptos y reglas necesarios para hacer bien algo.

Tradicional: Que sigue las ideas, normas o costumbres del pasado.

Moderna: Perteneciente o relativo al tiempo de quien habla o a una época reciente.

Empírica: Perteneciente o relativo a la experiencia.

Científica: Que tiene que ver con las exigencias de precisión y objetividad propias de la metodología de las ciencias.

Método: camino para llegar a una meta. Proviene del griego μέθοδος, met meta, fin, y hodos, camino, senda, dirección, medio, procedimiento.

El método científico

Aunque es un terreno especialmente deslizante, hoy se requiere tener un mínimo posicionamiento en el ámbito de la ciencia y el conocimiento. Se entiende la epistemología como la manera en que se constituyen los conocimientos.

Existe actualmente una corriente creciente de pensamiento anti-racionalista-cartesiano, un impulso del subjetivismo y de la importancia de las diferentes percepciones y maneras de llegar al conocimiento y un empuje de la realidad-virtual, especialmente desarrollados por los medios de comunicación social y los multimedia electrónico-informáticos. Un posicionamiento que enfatiza el “todo vale”, “todos los caminos son posibles”. No es difícil integrar estas posiciones, siempre y cuando la propia forma de conocimiento también tenga valor y no sea excluida.

Junto a esta incertidumbre en relación al método y la epistemología, paradójicamente, el conocimiento tiene cada vez más valor. Hoy el conocimiento es poder, el conocimiento es dinero

En lo que tiene de ciencia, la medicina se fundamenta en el *método científico* que es el método de investigación para el conocimiento de la realidad observable, que consiste en formularse interrogantes sobre esa realidad, con base en la teoría ya existente, tratando de hallar soluciones a los problemas planteados. El método científico se basa en la recopilación de datos, su ordenamiento y su posterior análisis.

Los pasos del método científico son: *Observación:* el primer paso es la observación de una parte limitada del universo o población. Registro de lo observado, posterior ordenamiento, selección de los datos obtenidos, para quedarse con lo más representativo. *Hipótesis (HP):* explicación de los hechos ocurridos (observados). Este paso intenta explicar las relaciones entre los hechos. Para buscar la relación se utiliza la analogía y el método inductivo. La HP debe estar de acuerdo con lo que se pretende explicar (atingencia). La HP debe tener matices predictivos, si es posible. Cuanto más simple es más fácilmente demostrable. *Comprobación:* la hipótesis debe ser comprobada en estudios controlados, con auténtica veracidad. La HP debe poder ser comprobable experimentalmente por otros investigadores, o sea ser reproducible.

Hay dos pilares básicos del método científico. El primero de ellos es la *reproducibilidad*, es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento en cualquier lugar y por cualquier persona. Este pilar se basa, esencialmente, en la comunicación y publicidad de los resultados obtenidos. El segundo pilar es la *falsabilidad*, es decir, que toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsada. Esto implica que se pueden diseñar experimentos que en el caso de dar resultados distintos a los predichos negarían la hipótesis puesta a prueba.

Se podrían proponer, tres variantes del método científico: *método deductivo*, *método inductivo* y *método experimental* o método de contrastación.

Sobre esta base se han desarrollado muchas más variaciones del método científico aplicadas a diferentes campos del conocimiento. Hoy día se admite que todas ellas tienen validez y no es necesario concretar y elegir cuál es el método científico propiamente dicho ya que existen múltiples variaciones, muchos caminos para llegar a diferentes metas.

El conocimiento en la medicina académica

El conjunto de los conocimientos teóricos y aptitudes clínicas de la medicina académica incluye: 1) Por una parte un conocimiento adecuado de: A) Las ciencias sobre las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluidos los principios de la medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de los datos. B) La estructura, de las funciones y comportamiento de los seres humanos sanos, así como de las relaciones entre el estado de la salud del hombre y su entorno físico y social. C) Las materias de las prácticas clínicas que proporcionen una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina en sus aspectos preventivos, del diagnóstico y terapéutica, así como de la reproducción humana. 2) Por otra parte una experiencia clínica adecuada adquirida en hospitales bajo la vigilancia pertinente.

La experiencia tradicional

No es fácil encontrar sistematización sobre el método tradicional y su forma de conocimiento. Hay mucha variabilidad y dispersión en relación a los métodos que se proponen en el ámbito de la medicina tradicional, incluso existen posiciones “anti-método” basadas en otra forma de percibir e intervenir en la salud de las personas: transcendentales, misteriosas, ocultas, no comprobables.

La transmisión del conocimiento en la medicina tradicional es principalmente oral de por medio de la enseñanza de maestro a aprendiz en la práctica.

En la medicina tradicional y alternativa hay métodos y técnicas desarrolladas, como por ejemplo: Acupuntura. Digitopuntura. Homeopatía.. Terapia Floral. Masajes terapéuticos. Quiropraxia. Nutrición. Peloides (Fangos Medicinales), fangoterapia o arcillas. Gemoterapia (yema). Cromoterapia (colores). Talasoterapia (mar). Hidroterapia (agua). Aromaterapia. Fitoterapia (plantas). Apiterapia (abeja). Musicoterapia. Terapias de Relajación. Iridología. Kinesiología. Hipnosis. Centros de Salud y Belleza. Ejercicios.

Existen también escuelas más sistematizadas, como por ejemplo: la Medicina tradicional china, el ayurveda hindú, la medicina unani árabe y las diversas formas de medicina indígena (OMS: 2002).

La Medicina Tradicional es la suma de todos los conocimientos teóricos, prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados en la experiencia y la observación, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. La Medicina Tradicional puede considerarse también como una firme amalgama de prácticas médicas activas y experiencias ancestrales (Nina: 1993).

El conocimiento es empírico y se transmite de maestros a aprendices en el entorno familiar, padres a hijos, tíos a sobrinos etc. o también fuera de las relaciones familiares. A veces la selección se la

realiza mediante experiencias extraordinarias. signos evidentes, como por ejemplo ser alcanzados por un rayo y sobrevivir, adquiriendo de esta manera un nuevo y “superior conocimiento”. Otras veces se ritualiza este simbolismo de la llegada del conocimiento a través de las energías radiantes eléctricas cósmicas en lugares especiales de singular magnetismo e irradiación. La adquisición del conocimiento y su mantenimiento se realiza a través de rituales en relación con los lugares sagrados simbólicos “Achachilas, Machulas”, montañas, cumbres, lagos. La confirmación de los conocimientos adquiridos se produce también en espacios y tiempos sagrados, separados del ámbito de vida común donde residen los espíritus tutelares a quienes se solicita el conocimiento. Existe la noción de que el conocimiento se paga, e decir, que esta adquisición de conocimientos se realiza mediante “pagos”, simbólicos también, parciales y continuos. Son rituales de ofrenda de “mesas” (con alimentos, incienso, dulces, bebidas, coca etc.) llamadas también “challas”. Quien adquiere el conocimiento tiene que retribuir visitando el lugar cada año.

El ritual de iniciación incluye selección, preparación, prueba, examen, reconocimiento público y festejo. Estos procedimientos de adquisición de conocimientos y su actualización permanente tienen similitudes con procedimientos de la medicina académica o científica, también existen diferencias.

Existen varias propuestas de sistematización y organización del conocimiento de la medicina tradicional del que reproducimos algunos ejemplos por medio de esquemas:

En todo el proceso del trabajo se pudo establecer que se interrelacionan y complementan la homeopatía, la magia, la religión en las prácticas kallawayas, por la concepción estructural que tienen, concepciones que forman parte de su vida, consciente o inconscientemente, con un significado aceptado en el contexto andino. Podemos resumir la presente monografía en el siguiente esquema: (CONDARCO: 2004).

“Todas las cosas se comunican unas con otras. En esta cosmovisión existe un paralelismo (no una causalidad), entre los procesos humanos-sociales y los procesos naturales-ecológicos. Existe también un paralelismo entre los procesos naturales y los sobrenaturales (Ina Rösing citada en J. Van Kessel)”. (KALLAWAYAS SIN FRONTERAS: 2004).

Los mayores avances en sistematización y transmisión de conocimiento tradicional se han realizado en torno a la medicina herbolaria. La metodología usada se basa en la observación, la descripción y la agrupación o clasificación.

En el campo de las plantas medicinales se han destacado muchos estudiosos en la historia: entre los griegos Teofrasto de Ereso (372-287 a.C.) con su obra *De historia Plantarum*, Dioscórides (40-90 a.C.) con su obra *De re medica*. Entre los romanos Plinio El Viejo (23-79) con su obra *Naturales historia*. Galeno (129-216), nacido en Pérgamo antigua Grecia actual Turquía, que escribió *Terapèutica* y fue famoso por sus preparaciones con plantas medicinales conocidas como galénicas. En las culturas americanas los aymaras, quechuas, mayas, aztecas ... En las culturas orientales China, India, Japón ... En la época moderna Linneo (1707-1770), médico sueco, escribió *Sistema Naturae* y *Fundamenta Botánica*, estableció la clasificación metódica de las plantas y la taxonomía basada en la estructura del aparato de reproducción. Pío Font Quer (1888-1964) farmacólogo y químico español, escribió *Plantas Medicinales. El Dioscórides renovado*.

En este ámbito del conocimiento se ha producido una importante integración entre medicina tradicional empírica y moderna científica, ya que los mismos productos se utilizan para las mismas acciones en diferentes presentaciones, dosificaciones y manejo terapéutico. Es más, con fundamento, la medicina tradicional reclama a la moderna que no le han reconocido ni créditos, ni royalty, ni denominación de origen a muchos de los productos que la medicina moderna ha hecho suyos.

La Medicina Basada en la Evidencia

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha sido definida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor prueba médica disponible para la toma de decisiones. La MBE sistematiza la búsqueda, el análisis y la aplicación de la evidencia, poniendo el acento en el aspecto docente y en la difusión de éstas sistemáticas. La MBE a través de la sistematización de métodos para buscar y analizar la información recibida permite afrontar el desafío de la actualización medica de manera exitosa.. La MBE, en este sentido constituye "un cambio de paradigma".

El paradigma acostumbrado está basado fundamentalmente en la autoridad. Se le atribuye gran importancia a las observaciones clínicas (la llamada "experiencia personal"), y al estudio de los mecanismos básicos de la enfermedad. El "nuevo paradigma" le atribuye un alto valor a la experiencia clínica, pero interpreta con cautela la información derivada de las observaciones clínicas no sistemáticas. La MBE no pretende reemplazar la utilidad de la experiencia médica, por el contrario la considera imprescindible para llevar a cabo sus postulados. Debe existir un vínculo entre la evidencia publicada y el paciente concreto. Y este vínculo es el sentido común y la experiencia del médico. Algunos han identificado estos polos como el arte y la ciencia en el ejercicio de la medicina.

Una concepción y aplicación erróneas acerca de la MBE es que se trata de un medio utilizado por los administradores de salud para la reducción de costos. Si bien en ocasiones las medidas de mayor efectividad clínica comprobada tienen un costo menor que otras más difundidas, frecuentemente la situación es opuesta. Los médicos que practican la Medicina Basada en la Evidencia intentarán aplicar las medidas de mayor efectividad en beneficio de sus pacientes.

Dentro del proceso de MBE se reconocen al menos 4 pasos que aseguran su logro, 1) la necesidad de obtener información y esa necesidad debe ser transformada en una pregunta, 2) una búsqueda bibliográfica siguiendo una estrategia, 3) un análisis crítico de la bibliografía encontrada, de manera tal que permita determinar su validez y utilidad y 4) aplicación de los resultados de este proceso en la práctica diaria. Se puede apreciar la similitud que existe entre éste proceso y la estructura del aprendizaje basado en la resolución de problemas.

La medicina tradicional naturista tiene una gran oportunidad de incorporarse a través de la evidencia en un propuesta actualizada.

Louis Girault escribía en 1974:

“En nuestros días y desde hace quince o veinte años, los Kallawaya están abandonando deliberadamente sus principales actividades características ancestrales, entre ellas el ejercicio de la medicina empírica, la magia y la adivinación. Es que se han dado cuenta de las dificultades resultantes del modernismo y la evolución del modo de vida; cuando pudieron haber argüido ser las víctimas de estas condiciones nuevas, no lo hicieron. Por el contrario abrazaron otras ocupaciones; es así que muchos desarrollaron sus actividades en el comercio, principalmente en la orfebrería y la joyería. Se han establecido en grandes centros urbanos, donde realizan excelentes negocios: conocemos personalmente algunos antiguos Kallawaya que poseen numerosos comercios, no solamente en la ciudad de La Paz, sino también en Lima, Huancayo, Huaraz, Trujillo, Santiago y Córdoba (...) En cuanto a los autores que ignoran este hecho patente o lo disimulan, y presentan a los Kallawaya como indios misteriosos, encerrados en sus prácticas extrañas e inexplicables, tenemos que replicarles que de esta manera se falsifica la realidad, que vale más que la ficción”.

Este es el nuevo desafío histórico de la Medicina Tradicional ir sembrando evidencias de sus prácticas y resultados que permitan posicionarse en la actualidad con las mejores pruebas para la toma de decisiones. Es un campo abierto en el que se pueden desarrollar las pruebas necesarias de que los conocimientos y los procedimientos que son beneficiosos para la salud de las personas.

El enfoque holístico

Holístico es una palabra que procede de la voz griega $\eta\omicron\lambda\omicron\varsigma$ (holos) y significa “todo o totalidad”. Hace referencia también a “íntegro y organizado”. El término íntegro procede del latín "integer", significa totalidad, entereza o unidad íntacta. Holístico es un adjetivo que se refiere a la manera de ver las cosas enteras, la “íntegridad del todo en su relación armónica con los eventos que lo íntegran”. El término griego $\iota\varsigma\mu\omicron\varsigma$ (ismos), que en latín corresponde a “ismus”, es un sufijo que forma sustantivos que suelen significar doctrinas, sistemas, escuelas o movimientos. Por tanto “holismo” se refiere a la doctrina de lo total, de lo íntegro y lo íntegrado en el “uno”.

“Lo integrado en el uno” corresponde a la teoría del campo unificado que incorpora los aportes de Planck, con su teoría cuántica, de Einstein, con su teoría de la relatividad, de Borhg con la nueva constitución del átomo y de Broglie con la mecánica ondulatoria y la teoría de la doble solución. También está relacionado con la teoría china de la fuerza-energía, única, universal y cósmica que esta cultura asiática reconoció hace miles de años y denominó como *chi*.

El enfoque holístico implica la actitud abierta a la historia, a los acontecimientos, a percibir contextos, ideas y situaciones dentro de múltiples relaciones. El enfoque holístico es relacional: está en posibilidad de integrar experiencias, relacionar conocimientos, vincular acciones, dimensiones, interpretaciones, inferencias, con trasfondos de posibilidades abiertas. Está en permanente indagación, está abierto a la comprensión, está orientado hacia variadas interpretaciones y dispuesto a apreciar posibilidades, a percibir diferentes maneras de entender, de conocer las cosas. Por eso el enfoque holístico conduce a percibir los eventos con amplitud, con apertura, pues interpreta que la realidad es una y es compleja, es una pero múltiple, es el aquí y el ahora pero tiene una herencia histórica, alude a lo pasado pero descubre, a su vez, los tiempos por venir.

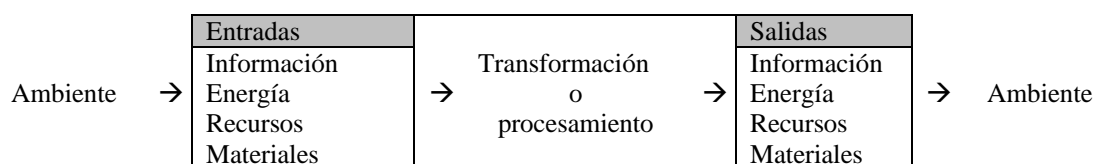
El enfoque holístico está vinculado a la Teoría de Sistemas. La teoría general de sistemas (T.G.S.) surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968. La Sociedad para la Investigación General de Sistemas fue fundada en 1954.

Un sistema es un conjunto de objetos unidos por alguna forma de interacción o interdependencia. Cualquier conjunto de partes unidas entre sí puede ser considerado un sistema, en el que se considera las relaciones entre las partes y el comportamiento del todo. Pueden ser visualizados como sistemas un conjunto de partes que se atraen mutuamente (como el sistema solar), o un grupo de personas en una organización, una red de organizaciones, un computador o un ser vivo. Sistema es "un conjunto o combinación de cosas o partes, que forman un todo complejo o unitario". La teoría general de sistemas parece proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitan emplear conceptos tales como "organización", "totalidad", "globalidad" e "interacción dinámica"; en el que lo lineal es reemplazado por lo circular.

Es difícil decir dónde comienza y dónde termina determinado sistema. Los límites (fronteras) entre el sistema y su ambiente admiten cierta discrecionalidad. Es posible pasar de un sistema a otro que lo abarca, como también pasar a una versión menor contenida en él.

Avedis Donabedian, en el ámbito de la salud pública, aplicó la teoría de sistemas en el método de evaluación de la calidad que consta de tres partes: la estructura, el proceso y el resultado. La información que sirve para juzgar la calidad, según Donabedian, puede clasificarse mediante esas tres categorías.

La teoría general de sistemas se fundamenta en tres proposiciones básicas: Los sistemas existen dentro de sistemas. Los sistemas son abiertos. Las funciones de un sistema dependen de su estructura.



Las principales características de la moderna teoría basada en el análisis sistemático son las siguientes enfoques: dinámico, multidimensional, multinivelado, multimotivacional, probabilístico, multidisciplinario, multivariable y adaptativo. Algunos conceptos importantes son los siguientes:

Sistema: conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de los elementos está determinado por el estado de cada uno de los otros (Miller, 1978).

Sistema abierto: sistema que intercambia materia, energía, información con su entorno porque interacciona permanentemente con él. Lo contrario es el Sistema Cerrado, en donde no se puede modificar el entorno pero tampoco se deja modificar por él.

Ecosistema: conjunto sistema-entorno.

Interface: es el estudio de las relaciones entre el sistema y el entorno.

Organización: de un sistema debe considerarse bajo los aspectos estructurales (cuatro componentes: límite o frontera, los elementos, una red de comunicación y transporte, un almacén o reservorio) y los aspectos funcionales (los flujos, los centros de decisión, los bucles de retroacción, las desviaciones, son sus características).

Totalidad: concepto según el cual el sistema es algo más que la suma de sus partes.

Circularidad: es el modo como se desarrollan las interacciones.

Equifinalidad: principio que establece que los mismos efectos pueden tener orígenes distintos.

Comunicación: sistema de comportamiento integrado que tiene por efecto ajustar, calibrar, hacer posibles las relaciones humanas.

Ruido: primer grado de distorsión que implica la pérdida de información, fracaso de la comunicación. Ocasionado por un tratamiento inadecuado del mensaje.

Deformación del mensaje: segundo grado de distorsión del mensaje donde lo que ocurre es que el receptor recibe correctamente las diversas unidades del mensaje pero la organización de éste es deformada con lo cual es interpretado incorrectamente.

La visión holística se incorpora a las corrientes relativistas y escépticas en las que se hacen muchas preguntas: ¿Quién habla? ¿Con qué propósito? ¿En interés de quién? ¿Qué trata de ocultar? ¿De qué quiere convencernos? ¿Hasta qué punto sabe en realidad? ¿Cuánta distancia hay entre el suceso y el relato actual? ¿Qué ha olvidado el narrador? ¿Y cómo sabe lo que dice? ¿Cuenta lo que ha visto, o lo que cree haber visto? ¿Cuenta lo que alguien le ha contado? ¿Cuenta lo que le han dicho que cuente?

Observar los problemas a través de un *enfoque holístico* es lo opuesto al reduccionismo metodológico, es decir, se corresponde a las características del problema sin reducir inadecuadamente su complejidad.

Esta actitud implica superar los paradigmas, las maneras de ver las cosas, para propiciar de manera inteligible la integración de paradigmas. Una actitud que propicia la convergencia, el nuevo conocimiento, la apertura hacia otras maneras de ver las cosas, y esto se logra con criterios holísticos. Cuando se dice superar los paradigmas se quiere decir conocerlos, estudiarlos e integrarlos en nociones más amplias. En eso consiste la holística. Es conocimiento, tendencia, movimiento, actitud psicológica y social, enraizada en las distintas disciplinas humanas, orientada hacia la búsqueda de una cosmovisión basada en parámetros comunes para el género humano. Partiendo del conocimiento ya adquirido y compartido para lograr nuevos avances.

La salud Intercultural

Bolivia es un país multicultural.

“Los grupos étnicos en Bolivia se dividen en dos principales ramas, el grupo Andino asentado en mayor parte en las regiones altiplánicas y valles de Bolivia; y el grupo de las regiones cálidas: Otras etnias con características propias, que también forman parte de los antecedentes histórico-culturales del País. Entre ellas se destacan: en los Valles, los Yampara o Ampara y los Mojocoyas; y en la Zona Oriental, los Chiriguanos, Guarayos, Moxeños, Chapacuras, Itonomas, Movimas, Paraguaras, Iténez, Tacanas, Mosevenes y Sirionós.

Los pueblos andinos se agrupan alrededor de dos grandes naciones: la Aymará y la Quechua.

La Nación Aymará: Ocupa, fundamentalmente la alta meseta de los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí y algunas cabeceras de los llanos tropicales.

La Nación Quechua: Se desarrolla principalmente en los valles de Cochabamba y Chuquisaca. Si embargo, también ocupa varias zonas cordilleranas de Potosí y Oruro. Existen enclaves quechuas en las Provincias Inquisivi, Camacho y Muñecas del Departamento de La Paz. Pertenecen a la nación quechua los "Tarabucos" (Provincia Yamparaes, Departamento de Chuquisaca), los "Ucumaris" (Provincias Chayanta y Bustillos, Departamento de Potosí), los "Calchas", "Chaquies", "Yuralipes", "Tirinas", etc.

Los pueblos de las regiones cálidas al nororiente de la cordillera Real y las regiones del sudeste (Chaco Boliviano) se dividen en:

Grupo Tacana: Formado por: Lecos, Chimanes, Araonas y Maropas.

Grupo Pano: Formado por: Chacobos, Caripunas, Sinabos, Capuibus y los Guacanaguas o Guarayos (un grupo silvícola completamente diferente de los Guarayos de la Provincia Ñuflo de Chavez del Departamento de Santa Cruz).

Grupo Aruaco: Formado por: Apolistas, Baures, Moxos, Cambas, Movimas, Cayubabas, Carabecas, Paiconecas o Paucanacas.

Grupo Chapacura: Formado por: Iténez o Moré, Chapacuras, Sansimonianos, Canichanas, Itonamas, Yuracarés, Guatoses, y Chuiquitos o Chiquitanos.

Grupo Guaraní: Formado por: Guarayos, Pausernas, Sirionós, Chiriguanos, Matacos, Chulupis y Tapietes”¹.

El incremento del contacto entre las culturas lleva hoy a un mayor desarrollo intercultural. La primera prioridad del ser humano es salvaguardar la vida por ello es que la lucha contra las enfermedades y el interés por la salud son características fundamentales desde siempre. La enfermedad es universal en la experiencia humana y se la vive de forma particular en cada cultura.

Todas las culturas desarrollan actividades teóricas (modelos de salud), técnicas (materia de salud) y roles (agentes de salud) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud. La salud y la cultura se implican mutuamente, los conceptos de salud y enfermedad nos remiten a la cultura y la cultura nos remite a los conceptos de salud y enfermedad.

¹ INE

Lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a un modelo de atención de salud en relación de la menos dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y epidemiológico.

Según Ibacache la “interculturalidad en salud es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”.

Cada día parece más necesario el desarrollo de la salud intercultural ya que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población. Por lo tanto la salud intercultural debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de la medicina tradicional y de la medicina científica.

El desarrollo desde la perspectiva intercultural también tiene que ver con el logro de una relación cultural que potencia los elementos comunes entre las culturas.

Salud intercultural, o interculturalidad en salud, es el conjunto de acciones y políticas que tienden a integrar la cultura en el proceso de salud-enfermedad. El respeto a la diversidad cultural tiene ya una larga trayectoria en países con contextos de gran diversidad étnica y cultural como es el caso de Bolivia.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud tienen su base en diversas razones históricas, culturales, sociopolíticas y epidemiológicas, que han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

Se está produciendo un desarrollo de la antropología médica dirigido a afirmar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, así como a proporcionar elementos socio-antropológicos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, psicológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo que caracteriza a la sociedad contemporánea.

En la salud intercultural el concepto de cultura se aplica al campo de la salud en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

“Cultura se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización. En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el

undo de la conceptualización o de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas” (ALARCON: 2003).

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro.

En este contexto la medicina científica se propone como un modelo capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Pero se encuentra con importantes dificultades frente a la cultura de los usuarios: Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas modernas, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos científicos.

Por otra partes, es evidente que los conocimientos de la medicina tradicional no valen para todo, porque hay enfermedades que no encuentran remedio en esta medicina y también es un hecho que buena parte de la población rural en Bolivia no accede al sistema público de salud. Por eso es bueno favorecer la salud intercultural como encuentro entre culturas en el que unos y otros aprenden.

De hecho, conviven la medicina tradicional y la medicina científica o convencional. Su importancia no puede menospreciarse es necesario estudiar muy seriamente esta realidad. Uno de los puntos comunes que aparece en todos los seres humanos es el sentido de lo mágico, lo mágico sigue presente en la vida moderna.

En cualquier mercado rural e incluso en las grandes ciudades, es posible encontrar puestos o tiendas especializadas en la venta de todo tipo de productos u objetos que pueden ser usados con fines mágicos. El abanico de productos ofrecidos es mucho más amplio de lo que a simple vista pueda creerse. Telas, raíces, plantas, bebidas, pieles o partes de ciertos animales, pastillas, unturas, huesos, caparazones de mariscos, dados, plumas y un largo etcétera de artículos están a disposición de quien lo solicite. El mundo de la magia está rodeado del misterio, el secretismo, el ocultismo que facilita la creación de mitos y leyendas. Magia es todo ritual motivado por el deseo de obtener un efecto especial, en un intento de manipular lo sobrenatural o las fuerzas espirituales mediante procedimientos ritualizados. Por ello es intrínseca la dificultad de racionalizar el tema. No es fácil sacar conclusiones concretas.

La enfermedad o la mala suerte, los aspectos negativos de la vida en las manifestaciones modernas están alrededor de accidentes automovilísticos, fracasos escolares, enfermedades incurables – especialmente el sida–, muertes por rayos o descargas eléctricas y un sinnúmero de eventos que se clasifican como manifestaciones mágicas porque no es fácil encontrar explicaciones sencillas que justifiquen tales acontecimientos.

La pregunta es quien puede manipular estas fuerzas irracionales, supernaturales. Una forma muy extendida de manipulación es la adivinación. En África se echan huesos, en Bolivia se echa coca, y según la forma como caen se interpreta el futuro.

Muchos roles suelen entremezclarse y no resulta claro dónde empieza una competencia y dónde acaba otra. Hay especialistas en lluvia por ejemplo.

Relación entre la medicina tradicional y moderna

La medicina tradicional y la medicina moderna tienen mucho en común: la influencia terapéutica (transferencia) de la presencia del terapeuta (médico, curador, naturista, osteópata, chaman, yerbero, etc.) en la actitud del enfermo su enfermedad; el uso de muchos procedimientos terapéuticos similares, sobre todo ante problemas tan antiguos y tan actuales como fracturas, hemorragias, heridas traumáticas, embarazo, parto, mordeduras picaduras de animales venenosos, enfermedades de la piel, reumas y senilidad; y la historia natural de la enfermedad, que en muchos casos tiende a curarse o resolverse en forma espontánea.

Cuando se contempla en forma global y con perspectiva histórica, la medicina tradicional y la medicina moderna no son productos culturales aislados e independientes entre sí, hasta resultan ser parientes cercanos. La medicina moderna se inició hace muchos siglos, todavía hoy está vigente el juramento de Hipócrates (460-377 a.C.) escrito hace veinticinco siglos:

"Por Apolo médico y Esculapio, juro: por Higeia, Panacea y todos los dioses y diosas a quienes pongo por testigos de la observancia de este voto, que me obligo a cumplir lo que ofrezco con todas mis fuerzas y voluntad. Tributaré a mi maestro de Medicina igual respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna y socorriéndoles en caso necesario; trataré a sus hijos como mis hermanos, y si quisieran aprender la ciencia, se los enseñaré desinteresadamente y sin otro género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones habladas y demás métodos de enseñanza a mis hijos, a los de mis maestros y a los discípulos que me sigan bajo el convenio y juramento que determinan la ley médica y a nadie más. Fijaré el régimen de los enfermos del modo que le sea más conveniente, según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia. No me avendré a pretensiones que afecten a la administración de venenos, ni persuadiré a persona alguna con sugerencias de esa especie; me abstendré igualmente de suministrar a mujeres embarazadas pesarios o abortivos. Mi vida la pasaré y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No practicaré la talla, dejando esa operación y otras a los especialistas que se dedican a practicarla ordinariamente. Cuando entre en una casa no llevaré otro propósito que el bien y la salud de los enfermos, cuidando mucho de no cometer intencionalmente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitando principalmente la seducción de las mujeres jóvenes, libres o esclavas. Guardaré reserva acerca de lo que oiga o vea en la sociedad y no será preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos. Si observo con fidelidad mi juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí, la suerte adversa".

La medicina conserva su original duplicidad de oficio y profesión, de empirismo y análisis objetivo, de arte (en el sentido del artesano) y ciencia. La medicina siempre ha tenido el desafío de discriminar a los charlatanes e impostores que la usan como una manera de bien vivir o enriquecerse fácilmente.

Mecanismos de integración de la Medicina Tradicional en los sistemas nacionales de atención primaria de salud.

Evaluar los resultados terapéuticos, y sobre esa base elegir los tipos de tratamiento que pueden adoptarse para uso general. Incentivar la investigación de las plantas medicinales para promover la producción y fabricación de sus principios activos en beneficio de la salud. Obtener información, desde el punto de vista psicológico y socio-cultural sobre los aspectos positivos de la Medicina

Tradicional para transmitirla a las autoridades políticas y al personal profesional de otros sistemas de medicina, a fin de inducirlos a que acepten la Medicina Tradicional y participen activamente en su aplicación, por los sistemas de atención sanitaria. Realizar una verdadera revolución de la enseñanza basada en la reforma de los planes de estudio de formación del personal médico y paramédico para que respondan a las necesidades presentes.

Para ello se requiere el reconocimiento e incorporación de los practicantes de la medicina tradicional a los programas de desarrollo de la comunidad; la formación complementaria de los practicantes de la medicina tradicional a fin de utilizar sus servicios en atención primaria de salud; la enseñanza de principios de Medicina Tradicional al personal profesional y a los alumnos de medicina moderna, a fin de promover el diálogo, el buen entendimiento y finalmente la integración; la educación popular para desterrar la idea de que el uso de remedios tradicionales equivale a utilizar una medicina de categoría inferior; la catalogación de todas las plantas medicinales del país y difusión de la información así obtenida; la conservación de las fórmulas y de los nombres de la medicina tradicional en las prescripciones, cuando se adopte la atención primaria de salud, y práctica de las investigaciones necesarias sobre los sistemas tradicionales de la medicina.

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción.

Este último, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad.

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.

Berlin y Fowkes señalan que el éxito de la comunicación intercultural en la relación médico-paciente puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”².

Una estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre usuarios de servicios y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del usuario. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del usuario, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de atención del usuario.

La negociación es necesaria cuando las creencias culturales y las expectativas de los usuarios se contraponen a las del profesional de salud. Por ejemplo, de la escasa adhesión a tratamientos farmacológicos cuando son considerados nocivos por el usuario o en oposición a su marco de creencias

² Berlin EA, Fowkes WC. A teaching framework for cross-cultural health care. *The Western Journal of Medicine*. 1983;139:934-8.

En la relación médico-usuario existe la probabilidad de antagonismos entre los marcos de conceptos y valores entre ambos actores del proceso terapéutico. En estos casos, el proceso de negociación cultural identifica las áreas de conflicto y acuerdo, localiza núcleos de significación entre ambos marcos culturales que puedan implicar puntos de consenso y culmina con un acuerdo de cambio y cooperación entre usuarios y médicos.

La única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el enfermo y el profesional y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para el profesional de la salud como para el usuario.

El desarrollo de una política de salud intercultural es un tema reciente que pretende: Reconocer a los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad. Mejorar los procesos de comunicación entre usuarios y profesionales, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los usuarios.

1.2. Antecedentes y contexto en Bolivia

En Bolivia ya se ha realizado un largo recorrido en la teoría y la práctica de la salud intercultural. Aunque todavía quedan desafíos y tareas del presente y del futuro que están por hacerse, es necesario tener en cuenta lo que se ha avanzado y aprovechar las “**lecciones aprendidas**” tanto de los éxitos como de los fracasos emanados de los intentos anteriores que se realizaron.

Documentos relevantes en relación a la medicina tradicional boliviana

En base a los estudios realizados por Rolando Costa Arduz, Gregorio Loza, Jaime Zalles y Hans Van der Berg junto con los aportes propios, se propone el siguiente resumen de las principales publicaciones sobre la Medicina Tradicional en Bolivia, en orden cronológico:

1553: Pedro Cieza de León. *La crónica del Perú* 1565: Nicolás Monarde. *Historia medicinal de las cosas que se traen de las Indias Occidentales que sirven en medicina*. 1586: Joan de Ulloa Mogollon. *Relación de la Provincia de los Collaguas*. 1590: José Acosta. *Historia Moral y Natural de las Indias*. 1609: Inca Garcilazo de la Vega. *Comentarios Reales de los Incas* 1612: Ludovico Bertonio: *Vocabulario de la lengua aymara*. 1615: Guamán Poma de Ayala. *El Primer Nueva Cronica i Buen Gobierno*. 1627: Gregorio de Loza Vila y Palomares *De los Árboles; Frutos; Plantas; Aves y de Otras Cosas Medicinales...tiene este Reyno. “Cosas Medicinales”*. 1653: Bernabé Cobo. *Historia del Nuevo Mundo*. 1760: Delgar. “*Terapéutica indígena boliviana*”. 1793: Pedro Nolasco: “*Memoria de la Coca*”, “*Carta apologética de la Quina o Cascarilla*”. 1817: Otto Buchtien: “*Contribuciones a la Flora de Bolivia*”. 1822: Bennet, José María: “*El Naturismo Positivo en la Medicina. Santa Cruz*”. 1889: Nicanor Iturralde y Eugenio Girault *Clasificación de las Plantas Medicinales en la Farmacología Callahuaya o sea de los Indios Curanderos Aymaras*. 1847: Alcides D’Orbigny. *Viajes por Bolivia*. 1851. José Dalence. *Bosquejo estadístico de Bolivia*.

1904: Belisario Díaz Romero: “*Farmacopea Callaguaya*”. 1818: Manuel Montalvo. *Breve Ensayo de Fitografía Médica* 1920: Rigoberto Paredes. “*Mitos, supersticiones y supervivencias populares de Bolivia*”. 1922: Arturo Posnansky. *Operaciones quirúrgicas en pueblos primitivos*. 1937: David Capriles: “*La alimentación como factor social del indio*”. 1939: Jorge Cornejo. *Las momias incas. Trepanaciones craneanas en el antigua Perú*. 1950: El P. Villarroel “*Manual de Plantas Alimenticias, Medicinales e Industriales de Bolivia*”. Carlos Ponce Sanjinés. *Los Kallawayas*. 1951: Gustavo Adolfo Otero: “*La Piedra Mágica: vida y costumbres de los indios*”. 1953: Eduardo Blumer, *Die Heilkunde der Callahuaya-Indianer Boliviens* 1955: Enrique Oblitas Poblete “*El machxhaj - juyai o idioma Kallawayaya*” con este libro inicia una numerosa obra sobre los kallawayas.. 1956: Comienza a publicar Cupertino Maldonado. Juan Manuel Balcázar. *Historia de la Medicina en Bolivia*. 1957: Juan Comas: “*Principales contribuciones indígenas precolombinas a la cultura occidental*”. 1958: Martín Cárdenas “*Los Callaguayas*”. 1962: Max Portugal. “*Talismanes y amuletos de los Kallawayas*”. 1963: Oblitas Poblete: “*Cultura Kallawayaya*”. 1964: Martín Cárdenas: “*Manual de plantas económicas de Bolivia*”. 1965: José María Alvarado *Supersticiones y mitos en la psiquiatría indígena de Bolivia*. 1973: Joseph Bastien comienza a publicar sobre Etnofarmacología y Rituales de los Kallawayaya, hasta 15 publicaciones, la principal: “*La Montaña del Cóndor*”. 1976: Guastavo Adolfo Otero. “*El profesionalismo de los Callawayas*”. 1977: Bethzabé Íñiguez de Barrios: “*Mil Delicias de la Quinua*” Gregorio Loza Balsa “*Esbozo de Medicina Aymara*”.

1980: Federico Aguiló “*Enfermedad y salud según la concepción Aymaro-Quechua*”. 1982: Gabino Quispe publica la serie: “*Kollasiñ koranaka*”. 1983: Rufino P’ajsi Limachi “*Medicina Andina y Popular. Medicina Natural Cultura Aymara e Incaica*”. Thierry Saignes. ¿*Quiénes son los Kallawayas?*. 1984: Mario Salcedo publica. “*Un Herbolario de Chajaya devela sus secretos*”. Gisbert, Shoop, Lauer, Manke, Saignes, Arze Cajías: “*Espacio y Tiempo en el Mundo Kallawayaya*”. Jaime Mondaca. *Plantas y tratamientos Kallawayas*. 1985: Louis Girault Kallawayaya, “*Guerisseurs itinérants des andes*”. 1986: Claudia Ranaboldo: “*Los Campesinos Herbolarios Kallawayas*” 1987: Louis Girault y Lucas Ortiz: “*Kallawayaya, Curanderos Itinerantes de los Andes*”. Ina Rösing inicia una serie de 7 ó más publicaciones acerca de las Curaciones rituales del Mundo Kallawayaya. 1988: Rolando Costa Arduz: “*Compilación de Estudios sobre Medicina Kallawayaya*”. Martha Cajías y Lidia Girón: “*Manual de Plantas y Preparados medicinales*”. 1989: Xavier Albó: “*Nuevas pistas para la lengua machaj juyay de los Kallawayaya*”. Joseph Bastien “*Sahmaón contra enfermero en los Andes Bolivianos*”. Enrique Oblitas Pobrete “*Planta medicinales de Bolivia*” Jaime Zalles y Manuel De Lucca. “*La Flora Medicinal Boliviana*”, “*El Verde de la Salud*”, “*Utasán utjir Qollanaka*” (Las medicinas de nuestro jardín). “*Ñana mua ñanderëta Rupigua*”. *Enfermedades principales del chaco*. Hans Van den Berg, *Bibliografía sobre la Medicina Tradicional Boliviana*. Edgar Valdez Carrizo “*Autopsia de la enfermedad. La automedicación y el itinerario terapéutico en el sistema de salud de Vallegrande-Bolivia*”.

1990: Ina Rösing realiza una serie de estudios que comenzó con “*Introducción al mundo Callawayaya*”. Tomás Huanta “*El yatiri en la comunidad aymara*”. 1991: Pilles Riviere “*Likichiri y kharisiri*” 1993: Presidencia de la República. Centro de Capacitación y Formación en Medicina Tradicional: *Revista de Medicina Tradicional*. Orlando Erazo, G.Thomas Hart, Rubén Cuba: “*Flora Medicinal Tarijeña sus propiedades medicinales y aplicación*”. “*Plantas útiles de la zona del Itika Guasu*”. Juan Van Kessel, *La senda de los kallawayas*. 1995: Gregorio Loza Balsa. *Enciclopedia de la Medicina Aymara*. Rolando Costa Arduz “*Medicina tradicional en el contexto del Estado en Bolivia*. Pietro Vulpiani “*Sistema médico a confronto. Lámbugo rapporto tra medicine indigene e divina convenzionale in Bolivia*”. Armando Godínez, Kitula Libermann y Francisco Pifarré “*Para comprender las culturas originarias de Bolivia*”. 1996: Juan L. Sagaseta de Ilurdoz: “*Jampi makikunanchejpi kasan. La medicina está en nuestras manos*”. Víctor Gallo Toro: “*Plantas Medicinales de los Guaraníes*”. Rolando Costa, Eduardo Estrella y Fernando Cabieses *Bibliografía andina de medicina tradicional (Bolivia, Ecuador, Perú)*. 1997: Alba Inés Herrera: “*Salud y Paz para todos. Medicina Tradicional*”. Vargas L. *Estudio etnobotánico de los mosetenes de Muchanes y Covendo*. 1998: Gerardo Fernández Juárez. “*Los Kallawayas. Medicina Indígena en los Andes Bolivianos*”. 1999: Fernando Montes, Elizabeth Andía y Fernando Huanacuni: “*El Hombre que volvió a nacer. Vida, saberes y reflexiones de un amawt’a de Tiwanaku, Policarpio Flores Apaza*”. Juan de Dios Yapita Arnold Denise y Margarita Tito “*Vocabulario Aymara del parto y de la vida reproductiva*” Gerardo Fernández Juárez: “*Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*”.

2000: Bourdy y col. Varios estudios sobre bioactividad de las plantas medicinales. *Medicinal plants uses of the Tacana an Amazonian Bolivian ethnic group*. Gonzales y col. *Actividad antiinflamatoria de plantas medicinales*. 2001: Ministerio de Salud. *Seguro Básico de Salud Indígena y Originario*. 2002: Iván Castellón *Notas sobre el reglamento para la práctica de la Medicina Tradicional*. Alberto Jiménez. *Perfil de la situación actual de la medicina tradicional y complementaria en Bolivia*. 2004. Antropólogos coordinados por Gerardo Fernández Juárez. *Salud e Interculturalidad en América Latina*.

Acciones en salud intercultural en Bolivia en los últimos tiempos

Los primeros intentos de incorporar la medicina tradicional naturista a la moderna tecnológica se realizan en el período del retorno a la democracia a inicios de la década del 80, del siglo XX. Sus antecedentes están en la década anterior de los años 70. Son una serie de actuaciones en las que de manera innovadora se va valorando e incorporando la medicina tradicional que está viva en la población. Se destaca lo realizado por el Equipo de Salud Altiplano y el equipo de salud del Hospital de Ancoraimes.

Hay que subrayar el apoyo brindado por La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978 (URSS) a la que asistieron 134 estados miembros y representantes de 67 organizaciones no gubernamentales; y exhortaron a cambiar la atención de los servicios de salud con el fin de lograr la equidad. Se reafirmó la voluntad de retomar la participación comunitaria y la incorporación de personas que practican la medicina tradicional y parteras empíricas como personal de salud.

Jaime Zalles hace el siguiente resumen sobre las acciones realizadas en aquella época:

“1983: Se realizaron tres inauguraciones de Medicina Tradicional integrada con la presencia del ministro de Salud Pública Dr. Javier Torres Goitia: el Hospital Kallaway de Amarete (primera piedra); el Hospital Kallaway de Villa Esteban Arce y el Consultorio Integrado de La Paz (medicinas nativa, naturista y convencional). CHITAKOLLA se inicia en M.N. El CETHA de Corpa introduce la M.N. en sus programas de salud. 1984: Se consigue la Personería Jurídica para la **SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL (SOBOMETRA)** en enero. Bolivia se constituye en el primer país de América en aceptar oficialmente la vigencia de la medicina ancestral. A partir de entonces muchas iniciativas se ponen en marcha: Convenios Ministerio de Salud, UMSA, etc.; SEMTA; CENTRO DE PRODUCCION DE M. N. Centro de Salud Don Bosco de medicina natural en El alto; Consultorios de medicinas complementarias; coordinación con CEBIAE, SENALEP, SENPAS-SEAPAS, CARITAS, Equipo de Salud Altiplano (ESA), CETHA, KHANA, CONASCA, Radio Chuquisaca, R. Continental, Comunidades Campesinas (Chivisivi, Cohoni, Achocalla...), Clubes de Madres, Federación Departamental de Educadores Populares de Base, etc. Así como con organismos de otros Departamentos CHITAKOLLA promueve la realización de cursos e investigaciones sobre la medicina tradicional. CONASCA lanza la convocatoria a un Congreso de M.N. auspiciado por la CSUTCB y CORACA. Pre-inauguración del Centro Naturológico de Wanqollo e integración del mismo a SOBOMETRA. Publicaciones de medicina nativa o en relación con ella: SEMTA, KNANA, De Lucca, Gisbert, Aguiló,.. Aumenta la conexión interdepartamental entre grupos y personas que promocionan la Medicina Tradicional. 1985: Hay gran demanda de cursos de Medicina Tradicional. SENPAS, SEAPAS, SOBOMETRA y ESA llegan a dar 80 cursos. Se forman las filiales de SOBOMETRA de Santa Cruz, Sucre, Tarija, Oruro. 1986: En conversaciones con el Colegio Médico, el Ministerio de Salud, la Unidad Sanitaria de La Paz y SOBOMETRA se consigue oficializar la Reglamentación de la Práctica de las medicinas nativas. Se realiza en La Paz un Congreso de Medicina Tradicional con 525 inscritos. En Charazani se continúa el Congreso con mucha participación.. En el Congreso Mundial de Medicinas Naturales y Alternativas (Madrid) se designa a Bolivia como Sede de un Congreso Latinoamericano para 1987, porque nuestro país era el único en América en que las Medicinas Tradicionales habían sido reconocidas y reglamentadas. Se inician diversas y valiosas experiencias de interculturalidad en la medicina: El Proyecto CONCERN en Oruro; La Cruz Roja Suiza en Redención Pampa. Por Ley de la Nación se

crea el Instituto para el Estudio de los Recursos Medicinales de Bolivia. (Nunca llega a ser realidad...) La confusión entre Medicina Tradicional y Política partidista daña el movimiento y éste se desprestigia”.

Este proceso de integración de la medicina tradicional se introduce en el campo de la rivalidad política, la politización partidaria, los intereses personales y de grupo de los directivos de las organizaciones, cuyo resultado ha sido que los logros sean efímeros y que no se alcancen ni políticas ni estrategias sólidas sobre la integración y complementación con la medicina científica convencional. Por ejemplo, todavía no se estudia la medicina tradicional en las universidades.

La SOCIEDAD BOLIVIANA DE INVESTIGACIÓN Y DEFENSA DE LA CULTURA Y MEDICINA KALLAWAYA (SBIDCMEK) fue fundada el 10 de septiembre de 1991, tiene Personalidad Jurídica, reconocida mediante R.S. N° 212718 de 28 de junio de 1993, sobre la base de prominentes Kallawayas oriundos de Curva, Tilinhuaya, Chajaya. El 14 de mayo de 1967, en la ciudad de Cochabamba se había fundado el Centro de Residentes Kallawayas con fines, entre otros, de difundir y defender su ciencia ancestral. quines son focos de promoción y coordinación en la defensa de la cultura en los diferentes departamentos de Bolivia. El 10 de septiembre de 1988, se realizó la apertura y funcionamiento del primer consultorio de Medicina Kallawaya en Bolivia, denominada en la actualidad Consultorio Popular Integrado COPIMEK.

La Organización Kallawayas de La Paz, fue fundada el 15 de noviembre de 1998 con personería jurídica No 188 proyecto de Ley 0928 del 9 de abril de 1987.

Habrà que señalar también otros esfuerzos importantes realizados por proyectos de salud apoyados por la cooperación internacional como Medicus Mundi en el Norte de Potosí (1987) y GTZ en Cochabamba (1991).

Otro momento importante se produjo en el año 2000. Se inició con ayuda de la Cooperación Italiana el Proyecto Intercultural WILLAQKUNA en Potosí. En abril de 2001 inició sus actividades el Curso de **Post Grado (Maestría) en Salud Intercultural “Willaqkuna”**, actividad destinada a complementar la formación de profesionales en salud con conceptos, prácticas y experiencias útiles para desarrollar su trabajo en áreas con característica multicultural y plurilingüe. El Curso se originó en el programa de apoyo que la Cooperación Italiana en Salud puso en práctica luego de la inauguración del Hospital “Daniel Bracamonte” de la ciudad de Potosí. Y se hizo realidad con la cooperación técnica y aportes de OPS, UNICEF, UNFPA y el Ministerio de Salud. Asimismo, se contó con la participación de la Universidad Autónoma “Tomás Frías” como entidad local, y la intervención de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) así como de expertos en antropología médica de Chile, España, Italia, Brasil y Bolivia.

Participaron 32 profesionales médicos, enfermeras y docentes de medicina y enfermería, quienes cursaron los diez módulos presenciales que contempló el Programa Académico del Curso de Postgrado. Los participantes desarrollaron durante el mismo, proyectos de investigación acción en el área de Salud Intercultural que se pretende a futuro apoyar en su implementación. Las actividades docentes se completaron en enero de 2002, y el curso llegó a su finalización con la presentación de los proyectos en el Seminario Internacional SALUD E INTERCULTURALIDAD: Propuestas y herramientas para el mejoramiento de la calidad y la adecuación cultural de los servicios sanitarios

La Comisión de la Salud del Parlamento Indígena de América organizó el "Primer Congreso Mundial de Médicos Tradicionales Naturistas en Bolivia" realizado en Marzo 2002 en La Paz, Bolivia, con el apoyo de la Cooperación Española, la OPS/OMS y otras organizaciones internacionales. Presidía la Comisión el parlamentario boliviano Dr. Toribio Tapia.

MEDICOS TRADICIONALES INSCRITOS EN LOS SEDES DEPARTAMENTALES Y SOBOMETRA. BOLIVIA.

DEPARTAMENTO	MEDICOS TRADICIONALES	
	SEDES	SOBOMETRA
Chuquisaca	40	100
Cochabamba	200	150
La Paz	200 (*)	800
Santa Cruz	120	80
Potosí	200	200
TOTAL	760	1330

FUENTES: Giménez. 2002. (*) SEDES La Paz 2004.

SOBOMETRA estima un total nacional de 1600.

Bolivia ha sido el primer país en que se aceptó oficialmente la vigencia de la medicina tradicional en enero de 1984 y se reglamentó su ejercicio el 13 de marzo de 1987. Las principales normas legales que tienen que ver con la salud intercultural son las siguientes:

En el Apéndice 1 se revisa y resume el marco legal en Bolivia sobre la medicina tradicional y la salud intercultural en la Constitución Política del Estado, la vigencia de la medicina tradicional (1984), los servicios integrados de medicina nativa, medicina oficial y medicinas alternativas (1984), el reglamento para la práctica de la medicina naturista tradicional (1987), la creación del Instituto boliviano Kallawayaya (1987), la regulación de los medicamentos naturales y tradicionales (1998), las normas para medicamentos naturales tradicionales y homeopáticos (2001), la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (2001), el Seguro Básico Indígena y Originario (2001), el Seguro Universal Materno Infantil (2002) y el modelo de gestión (2003).

Legislar es necesario pero no es suficiente. Si bien Bolivia ha sido pionera en establecer una regulación jurídica de la integración de la medicina tradicional, no se ha producido en los hechos el suficiente desarrollo de esta integración. Por ello llama la atención que se siga confundiendo el proceso histórico diciendo “Por primera vez etc.”. Porque en realidad no se lo está haciendo por primera vez, aunque así pudiera parecerlo porque los intentos anteriores no han progresado ni se han extendido suficientemente.

Uno de los casos extremos que merece ser analizado es el Seguro Básico de Salud Indígena y Originario. Ya que se trata de una normativa que no se puso en práctica. Este caso está lleno de posibles aprendizajes sobre lo que no es conveniente hacer. La propuesta en sí misma tiene deficiencias, es por ello que al intentar practicarla no ha sido posible y por tanto ha sido olvidada. No se ha podido poner en práctica porque se determinan unas prestaciones y se asignan unos costos para unos servicios que están fuera del sistema de salud y que el sistema no operacionaliza. ¿Cómo entonces ponerlo en práctica? No se ha sabido como hacerlo.

Antes de regular y normar es necesario que **previamente** esté integrada la medicina tradicional en el sistema de salud. Aquí se detecta un círculo vicioso en el que se ha estado dando vueltas los últimos años.

También es necesario plantear varios interrogantes al enfoque normativo con el que se encara la “legalidad”: ¿No sería, tal vez, más adecuado, en vez de normar para no cumplir, dar vigencia y

solidez a lo que en realidad se está haciendo? ¿Cómo se podría transitar hacia una concepción menos apegada a la normativa ideal y más cercana a la práctica cotidiana real?

Epílogo

La integración que existe en Bolivia de las prácticas médicas tradicionales empíricas con la medicina moderna científica es compleja, diversa y en ocasiones contradictoria. Los modelos rígidos fracasan en las realidades complejas. Los modelos de actuación, sanitarios y de gestión flexibles y adaptables a las realidades y a los momentos históricos concretos en los que se aplican y se ejecutan, son exitosos. Este hecho comprobado una y otra vez, no siempre es comprendido. ¿cuál sería la explicación de la tendencia dominante que está en búsqueda de modelos superestructurados, cerrados, rígidos y controladores?

Observamos repetidamente que cuando fracasa un modelo de actuación en el sector salud de inmediato se produce un movimiento de cuestionamiento del modelo fracasado para plantear rápidamente un nuevo modelo único, más perfeccionado, más normado y más completo que vendrá a solucionar los problemas que tenía el anterior. ¿No sería necesario que estas repeticiones cíclicas de proposiciones, deberían pasar a la adaptabilidad de reconocer que unos modelos sirven en unos lugares y momentos históricos, mientras que en otros lugares son otros los modelos que funcionan, sin que haya problema en que convivan modelos distintos?. ¿No sería algo similar, por ejemplo, a lo que observamos que sucede con los modelos de automóviles, son distintos y cada uno sirve mejor para distintos lugares, finalidades y usos?. ¿No es más adaptado que la integración se sustente en la realidad respetando las características propias del lugar, así como el deseo y la capacidad de integración locales?.

Hay todavía muchos retos en el futuro para la integración de la medicina tradicional con la moderna, entre los principales tenemos los siguientes: fortalecer los procesos organizativos; apoyar la consolidación de la estructura física y operativa de los servicios; mejorar la atención; conseguir recursos financieros sostenibles; promover la mejora del reconocimiento de la medicina tradicional naturista en el marco jurídico de salud; impulsar la evidencia de los recursos terapéuticos; propiciar la presencia de los médicos tradicionales como interlocutores entre sus comunidades y el sistema de salud; fortalecer el desarrollo integral de la medicina tradicional; producir medicamentos naturales de calidad; mejorar la formación; incorporar al sistema de salud mediante reconocimiento, ingreso como personal del sistema, acreditaciones; etc.

Reducción de las brechas de inequidad actualmente existente en Bolivia basadas en la co-relación establecida entre pueblos indígenas – ruralidad y/o marginalidad urbana – pobreza – mala situación de salud.

Transformación y actualización histórica que permita construir un sistema de salud culturalmente aceptado por la compleja y abigarrada sociedad boliviana integrando la medicina tradicional.

Superación del desconocimiento de unas culturas sobre otras para convivir aceptando y respetando con tolerancia las diferencias.

Integración entre medicina tradicional y moderna inmersos en las creencias, la tecnología, los recursos, las estructuras económicas y los sistemas culturales.

Realización de estudios y propuesta de modelos de evaluación que permitan comparar la eficiencia y efectividad de los sistemas de atención tradicional y moderno. Impulso a la investigación y producción de información sistemática, adecuada y suficiente que permitan la mejor acción.

Aplicar modelos sanitarios múltiples, flexibles y adaptables a las diferentes realidades.

En este contexto, el desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural. La búsqueda de estrategias que articulen e integren distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se presenta. Este proceso requiere de un enfoque de salud intercultural, que transforme el sistema haciéndolo más flexible y permeable a la realidad del usuario.

Son muchas las tareas por hacer y los caminos por recorrer. La primera es el reconocimiento como distinto para seguir con la aceptación y la interrelación como iguales. La salud intercultural basada en la experiencia es el desafío: Hay que experimentar, sistematizar y difundir. Es una necesidad ineludible hoy día.

Bibliografía de referencia

AECI

- 1997 *Estrategia española de cooperación con los pueblos indígenas*. AECI. Madrid.
1999 *Metodología de proyectos de cooperación al desarrollo*. AECI. Madrid.
2001 *Metodología de evaluación de la Cooperación Española II*. AECI. Madrid.

AGUILO, Federico

- 1982 *Enfermedad y Salud según la concepción Aymaro Quechua* Qori llama. Sucre. Bolivia.
1996 *Diccionario Kallawayaya*. Museo Nacional de Etnografía y Folklore. La Paz. Bolivia.

ALBO, Xavier

- 1996 *Interculturalidad en cuatro dimensiones*. Yuyayninchik. La Paz. Bolivia.
1998 *Interculturalidad, ¿qué es eso?* Cuarto Intermedio. Cochabamba. Bolivia.
2002 *Iguales aunque Diferentes*. Ministerio de Educación, UNICEF y CIPCA. La Paz. Bolivia.
2004 *Interculturalidad y salud*. En "Salud e interculturalidad en A.L" Abya Yala. Quito Ecuador.

ALARCÓN A, VIDAL A, NEIRA J.

- 2003 *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Revista Médica de Chile. 2003; 131: 1061-65.

ARACENA, Teodoro

- 1987 *Patología geográfica y antropología médica en Bolivia*. Serrano. Cochabamba. Bolivia.

ARGUEDAS, Alcides

- 1922 *Historia General de Bolivia*. Juventud. La Paz. Bolivia
1936 *Pueblo enfermo*. Juventud. La Paz. Bolivia (1999).

ARAUCARIA

- 2004 *Desarrollo en Apolobamba. Cultura Kallawayaya*. AECI. La Paz. Bolivia.

BAIXERAS, José Luis

- 2002 *La adaptación al cambio de la salud en Bolivia*. Rev. Salud Pública Boliviana. La Paz. Bolivia.

BALCAZAR, Juan Manuel

- 1956 *La historia de la medicina en Bolivia*. Juventud. La Paz. Bolivia.

BARNADAS, Josep

- 2002 *Diccionario Histórico de Bolivia*. Sucre. Bolivia.

BECHT, Debbie

- 1998 *Los kallawayas: curanderos nómadas de Bolivia*. OPS. Rev. Perspectivas de Salud- Vol. 3 N. 1

BERLIN EA, FOWKES WC.

- 1983 *A teaching framework for cross-cultural health care*. The Western Journal of Medicine. 1983;139:934-8. San Francisco. USA.

- BOTELHO, Raul
1977 *Altiplano*. Juventud. La Paz. Bolivia.
- CALVERA, Antonio.
2004 *Sangomas: ¿Herboristas o hechiceros?* Rev. Mundo Negro. Nº 483 - Marzo 2004. Madrid. España.
- CAMPOS, Roberto. CITARELLA, Luca
2004 *Willaqkuna. Un programa de salud intercultural en Bolivia*. En: "Salud e Interculturalidad en A.L." Abya Yala. Quito Ecuador.
Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En: "Salud e Interculturalidad en A.L." Abya Yala. Quito Ecuador.
- CARAMÉS, Mayte
2004 *Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente*. En: "Salud e Interculturalidad en A.L." Abya Yala. Quito Ecuador.
- CARDENAS, Raimundo.
1979 *Provincia Bautista Saavedra*. La Paz. Bolivia.
- CARDENAS, Víctor Hugo
1996 *Hacia una democracia multiétnica y multicultural. Diálogo con Víctor Hugo Cárdenas Conde*. Foro Sur Nº 4. Buenos Aires. Argentina.
- CENTRO DE CAPACITACION Y FORMACION EN MEDICINA TRADICIONAL
1993 *Revista de Medicina Tradicional Nº 1-4*. Presidencia de la República. La Paz. Bolivia.
- COMELLES, Joseph M.
2004 *El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S.XXI*. En: "Salud e Interculturalidad en A.L." Abya Yala. Quito Ecuador.
- COMISION EUROPEA
1998 *Apoyo a los pueblos indígenas en la cooperación al desarrollo de la Comunidad y de los Estados miembros*. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas. Bélgica.
2001 *Manual de gestión del ciclo de un proyecto. Enfoque integrado y marco lógico*. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas. Bélgica.
- CONDARCO, Carola.
2004 *La ritualidad medicinal entre los Kallawayas: la práctica de la homeopatía y el animismo*.
<http://www.indigenas.bioetica.org/base2-2.htm>
- COSTA ARDUZ, Rolando
1988 *Compilación de Estudios sobre Medicina Kallawayas*. La Paz.. Bolivia.
- DARWIN, Charles
1876 *Atubiografía*. Alianza. Madrid. España (1993).
- DÍAZ, Raúl. ALONSO, Graciela.
1998 *Integración e Interculturalidad en épocas de globalización*. Universidad Nacional del Comahue. Chile.
- FAO
1995 *Approche participative, communication et gestion des ressources forestières en Afrique Sahélienne: Bilan et perspectives*. Roma. Italia.

- FERNANDEZ JUAREZ, Gerardo.
 1998 *Los kallawayas: Medicina Indígena en Los Andes Bolivianos*. Universidad Castilla La Mancha. Toledo España.
 1999 *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Ayamara*. Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA y ESA, OPS/OMS. La Paz. Bolivia.
 2004 *Salud e interculturalidad en América Latina*. Abya Yala. Quito Ecuador.
Ajayu, Animu, kuraji. La enfermedad del “susto” en el altiplano de Bolivia. En: “Salud e Interculturalidad en A.L.” Abya Yala. Quito Ecuador.
- FLORES, Juan Antonio.
 2004 *Una etnografía del “año de provincias” y de “cuando no hay doctor”*. *Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional*. En: “Salud e Interculturalidad en A.L.” Abya Yala. Quito Ecuador.
- FONT QUER, Pío
 1980 *Plantas Medicinales. El Dioscórides renovado*. Labor. Barcelona. España.
- GARCIA LINERA, Alvaro
 2001 *Multitud y comunidad. La insurgencia social en Bolivia*. en Chiapas (México) N° 11. <http://membros.lycos.fr/revistachiapas/No11/ch11garcia.html>
- GIMENEZ, Alberto
 2002 *Perfil de la situación actual de la medicina tradicional y complementaria en Bolivia*. OPS/OMS. La Paz. Bolivia.
- GIRAULT, Louis.
 1987 *Kallawayas. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre prácticas medicinales mágicas*. UNICEF, OPS-OMS, PL-480. La Paz. Bolivia.
- GUZMÁN, Augusto
 1981 *Historia de Bolivia*. Los Amigos del Libro. La Paz. Bolivia.
- IBACACHE, Jaime.
 2004 *La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural*. <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html>
- INE
 2001. *Censo Nacional de Población y Vivienda*. La Paz. Bolivia.
- INE/MDSP/COSUDE.
 1999 *Atlas estadístico de Municipios*. La Paz. Bolivia.
- IZCO, Javier
 1986 *Tiempo de vida y muerte*. CONAPO. CIID. La Paz. Bolivia.
- KALLAWAYAS SIN FRONTERAS
 2004 *Medicina kallawalla. Visión Integral del Mundo Espiritual y Natural*. <http://www.kallawaya.elgratissitio.com/index.html>
- KLEIN, Herbert:
 1994 *Historia General de Bolivia*. La Paz. Bolivia.
- LOZA BALSAS, Gregorio
 1995 *Enciclopedia de la Medicina Aymara. I – Etno-Historia II – Etno-Botánica III – Etno-Medicina IV – Documentos*. OPS/OMS. La Paz. Bolivia.

- MEDINA, Javier
2002 *Nuevo paradigma y animismo amerindio: la nueva visión de la tierra y la vida*
- MENDIZABAL, Gregorio
2002 *Historia de la Salud Pública en Bolivia. De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud.* OPS/OMS. La Paz. Bolivia.
- MESA J., GISBERT T., MESA C.
1997 *Historia de Bolivia.* La Paz. Bolivia
- MICHAUX, Jacqueline
2004 *Hacia un sistema intercultural en Bolivia: de la tolerancia hacia la necesidad sentida.* En: "Salud e Interculturalidad en A.L." Abya Yala. Quito Ecuador.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
2001 *Normas para Medicamentos Naturales, Tradicionales y Homeopáticos.* MSPS. La Paz. Bolivia.
- MONDACA, Jaime
1993 *La Medicina Tradicional y la Necesidad de la Investigación.* Rev. de Medicina Tradicional N.2. La Paz. Bolivia
- MONTILLA, Felix
2004 *Breve Historia de Bolivia Ilustrada.* <http://www.bolivia.rg3.net/>
- NDIAYE, Oumy Khairy.
1997 *Participación y género en la planificación del desarrollo agrícola. Lecciones del Senegal.* Dakar.
- NINA, Jhony
1993 *Historia de la Medicina Tradicional Andina desde el Kollasuyo.* Rev. de Medicina Tradicional N.1. La Paz. Bolivia.
- PAREDES, Rigoberto.
1963 *Mitos, supersticiones y supervivencias populares de Bolivia.* 3ª Ed. Ediciones "Isla", La Paz. Bolivia
- PNUD
2004 *Interculturalismo y globalización. La Bolivia posible.* PNUD. La Paz. Bolivia
- OBLITAS, Enrique
1963 *Cultura Kallawayá.* Ministerio de Educación. La Paz.. Bolivia.
1969 *Plantas medicinales en Bolivia: Farmacopea callawayá.* Los Amigos del libro. Cochabamba. Bolivia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional.* OMS. Ginebra. Suiza.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
1993 *Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud.* Winnipeg.
1998 *Iniciativa de los Pueblos Indígenas. Informe de Progreso.* OPS. Washington DC.
Situación de Salud en los pueblos indígenas de Bolivia. OPS. Washington DC.
Salud, cultura y territorio: Bases para una epidemiología intercultural. Chile.
Marco Estratégico y Plan de Acción 1999-2002. OPS. Washington DC.
Orientaciones Estratégicas para el Desarrollo de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. OPS. Washington DC.
También existen otros títulos de la Serie Salud de los Pueblos Indígenas que se pueden ver en <http://165.158.1.110/english/hsp/hsp-pub.htm>

ORTIZ Z., GARCÍA DIEGUEZ M., LAFFAIRE E.

2004 *Medicina basada en la evidencia*. Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Argentina.

PÉREZ TAMAYO, Ruy.

1990 *¿Existe el método científico?: Historia y realidad*. FCE / El Colegio Nacional. México.

RAMOS, Luis

1985 *Las "Noticias secretas de América" de Jorge Juan y Antonio Ulloa (1735-1745)*. Consejo Superior de Investigaciones. Madrid. España.

REINAGA, Fausto

1969 *La Revolución India*. PIB. La Paz. Bolivia.

1971 *Tesis India*. PIB. La Paz. Bolivia.

RODRÍGUEZ, Rómulo.

s/f *Medicina naturista y atención primaria de salud. Experiencia cubana* Universidad Médica "Carlos J. Finlay" Camagüey (Cuba).

http://www.plantasmedicinales.org/legisl/may2003/medicina_naturista.htm

RÖSING, Ina.

1990 *Introducción al mundo callawayas. Curación ritual para vencer penas y tristezas*. Ed. Los Amigos del Libro. La Paz. Bolivia.

VAN DEN BERG, Hans.

1993 *Bibliografía sobre la Medicina Tradicional Boliviana*. Universidad Católica. Cochabamba. Bolivia.

VAN KESSEL, JAN

1993 *La senda de los kallawayas*. CIDSA. Puno. Perú

ZALLES, Jaime.

1992 *El Verde de la Salud*. Prida Publicidad. La Paz. Bolivia.

Cronología de lo más relevante en relación a la medicina tradicional boliviana.

<http://www.saludverde.es.mw/>, <http://jimzall.tripod.com.mx/saludverdebolivia/id1.html>

WEB DE INTERES

2004 <http://www.aymaranet.org/>

<http://www.aymara.org/>

<http://www.quechuanetwork.org/>

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_2.htm

<http://www.monografias.com/trabajos/tgralsis/tgralsis.shtml>

<http://www.ciagri.usp.br/planmedi/planger.htm>

<http://www.historiadelamedicina.org/>

<http://www.fondoindigena.org/>

SEGUNDA PARTE

Se revisa y resume el marco legal en Bolivia sobre la medicina tradicional y la salud intercultural en la Constitución Política del Estado, la vigencia de la medicina tradicional (1984), los servicios integrados de medicina nativa, medicina oficial y medicinas alternativas (1984), el reglamento para la práctica de la medicina naturista tradicional (1987), la creación del Instituto boliviano Kallawaya (1987), la regulación de los medicamentos naturales y tradicionales (1998), las normas para medicamentos naturales tradicionales y homeopáticos (2001), la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (2001), el Seguro Básico Indígena y Originario (2001), el Seguro Universal Materno Infantil (2002) y el modelo de gestión (2003).

2.1. Marco Legal en Bolivia

Constitución Política del Estado

Artículo 1.- Bolivia, libre, independiente, soberana, **multiétnica y pluricultural**, constituida en República, adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unión y la solidaridad de todos los bolivianos.+

Artículo 7.- Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio: a) A la vida, la **salud** y la seguridad; [...]

Artículo 171. I).- Se reconocen, respetan y protegen en el marco de la ley, los derechos sociales, económicos y culturales de los **pueblos indígenas** que habitan en el territorio nacional, especialmente los relativos a sus tierras comunitarias de origen, garantizando el uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, a su identidad, valores, lenguas, **costumbres e instituciones**. [...]

Vigencia de la Medicina Tradicional (1984)

RECONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL SOBOMETRA.

Resolución Suprema No. 198771, del 10 de enero de 1984.

Servicios integrados de medicina nativa, medicina oficial y medicinas alternativas (1984)

CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y SOBOMETRA de 23 de abril de 1984.

ACUERDOS.- Diseñar entre el Ministerio y la Sociedad una reglamentación para el registro de socios como de sus publicaciones. Incorporar al Departamento de Atención Médica del Ministerio un funcionario con amplio conocimiento en Medicina Nativa a objeto de facilitar las tareas de coordinación entre el Ministerio y la Sociedad.

Reglamento para la practica de la medicina naturista tradicional (1987)

Resolución Ministerial 231/87 del 13 de marzo de 1987.

INTRODUCCION

La **medicina tradicional** es el conjunto de prácticas, recursos y procedimientos diversos, que han empleado ancestralmente los pobladores nativos de nuestro país, (así como de otros), para el tratamiento de sus dolencias, y que se transmiten verbalmente de una generación a otra. Esta forma de medicina, mantiene su vigencia aún en la actualidad, pues a ella recurre gran parte de nuestra población en particular la indígena, que lo hace siempre, y en primera instancia; acudiendo a la

medicina científica ó académica, sólo cuando aquella ha fracasado en el alivio de sus dolencias. Pero también debemos admitir, que otros sectores de nuestra colectividad, recurren también a la medicina nativa con relativa frecuencia, esto como una expresión más de la persistencia de ciertos rasgos culturales nativos, que aún subsisten en nuestra sociedad, esto significa entonces, que la medicina tradicional se encuentra muy difundida en nuestro país, particularmente en áreas rurales, pero también nos induce a reconocer la validez y utilidad de su práctica, particularmente para la reparación ó mejoría, de numerosas dolencias en especial aquellas que tienen un fuerte componente psicosomático.

En la práctica de la medicina tradicional, debemos destacar la presencia de los componentes: Uno referido a **la forma de actuar** por parte del curandero, el cual ejercita una verdadera ceremonia mágico-terapéutica, y que tiene gran influencia para la curación del enfermo. El otro componente lo constituyen algunos de **los recursos** que utiliza para el tratamiento, especialmente plantas y hierbas, muchas de las cuales tienen propiedades curativas, innegables, aunque justo es reconocer que alado de ellas, existen otras de utilidad discutible o si no completamente ineficaces, y aún potencialmente nocivas.

EL Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, valora en su justa dimensión a la medicina tradicional, prueba de ellos, es su determinación de coordinar con las Instituciones legalmente constituidas que se dedican a su ejercicio, en los programas de Salud, en el nivel que corresponde a sus alcances, capacitación y responsabilidades, y además con los una adecuada formación que facilita su integración al equipo de salud y que garantice la idoneidad de su ejercicio. Recordamos que la declaración, de **Alma-Ata**, emitida en los países miembros de la OPS / OMS, en 1978, y que sentó los fundamentos de la **Atención Primaria en Salud**, señala en su punto VII, que ésta última "se basa en la utilización de personal que incluya según proceda, a médicos, enfermeras, parteras auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la que necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y técnico". Pero el reconocimiento y aprobación del ejercicio de la medicina nativa, representa también una gran responsabilidad para quienes se dedican a su práctica, y determinan que el máximo organismo, encargado por la Ley para el cuidado y protección de la salud, en la Secretaria de Previsión Social y Salud Pública, que debe establecer una adecuada coordinación con instituciones legalmente reconocidas como la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) o cualquier otra para establecer una reglamentación que señale los requisitos y condiciones que se deben cumplir para su ejercicio, el ámbito o límites que debe abarcar, y sus responsabilidades.

DEFINICIÓN.-

MEDICINA NATURISTA-TRADICIONAL DE BOLIVIA.- Es la práctica nativa que utiliza algunos elementos de los tres reinos de la naturaleza; sin que hubieran sido sometidos previamente a manipuleos ó procedimientos que modifiquen su esencia, (vegetal, animal y mineral), aplicados por practicantes que han seguido su aprendizaje a través de generaciones tras generaciones por transmisión oral.

Esta Medicina Naturista Tradicional en su Práctica demuestra facetas que distinguen unas prácticas de otras de acuerdo a las regiones geográficas del país en las que asientan diferencias culturales humanas, ecológicas ambientales, etc., Sin embargo, hay un rango común en todas ellas, la actitud con la que el practicante y el enfermo así como, la ausencia de fines comercialistas.

Creación del Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayaya (1987)

LEY N° 0928 del 9 de abril de 1987.

ARTICULO PRIMERO. - Crease el Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayaya, con autonomía propia y gestión administrativa, cuyas actividades estarán enmarcadas dentro las

políticas nacionales formuladas por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública como cabeza de sistema.

ARTICULO SEGUNDO. - Las funciones básicas del Instituto Boliviano de Medicina tradicional Kallawayá son las siguientes:

Promover, orientar y coordinar la investigación científica de los recursos naturales de la flora nativa utilizados en la medicina tradicional.

Identificar los principios activos responsables de sus propiedades curativas, contribuyendo a la aplicación y divulgación de los mismos en la práctica médica.

Preservar y extender los cultivos de la flora relacionada con la medicina tradicional.

ARTICULO TERCERO. - El Directorio del Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayá estará conformado de la siguiente manera:

Un representante del Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayá como Presidente del Directorio.

Un representante de la Academia Nacional de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Planeamiento.

Un representante del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Un representante del colegio Médico de Bolivia.

Un representante de la Sociedad Boliviana de Ciencias Farmacéuticas

Regulación de las medicamentos naturales y tradicionales (1998)

LEY No. 1737 DEL MEDICAMENTO de 17 de diciembre de 1996. DECRETO SUPREMO REGLAMENTARIO 25235 de 30 de noviembre de 1998.

AMBITO DE LA LEY

ARTICULO 2.- La presente Ley regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, así como de medicamentos especiales, como biológicos, vacunas, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos **medicinales naturales y tradicionales**.

C A P I T U L O XIX MEDICAMENTOS NATURALES Y TRADICIONALES

Artículo 138.- Se someten a Registro Sanitario específico y el correspondiente control de calidad, los **medicamentos naturales y tradicionales** elaborados en base a recursos naturales, cuyo uso se justifica por una tradición que ha dado cuenta de su eficacia y seguridad y que se refuerza con la investigación nacional e internacional.

Artículo 139.- Requieren de Registro Sanitario para su comercialización, las preparaciones farmacéuticas a base de **productos naturales**, de origen vegetal, animal y mineral, entendiéndose como tales, aquellas preparaciones que han sufrido algún proceso de transformación para ser presentados bajo una forma farmacéutica definida, para su comercialización. Se aceptan en este rubro solamente las formas farmacéuticas orales y tópicas.

Artículo 140.- Para obtener el correspondiente Registro Sanitario de estos productos, la Comisión Farmacológica Nacional promulgará una lista favorable de productos, formas farmacéuticas e indicaciones aprobadas, que se fundamentará tanto en la experiencia y tradición de uso nacional, como en los resultados de las investigaciones nacionales e internacionales en el tema.

Artículo 141.- Para la otorgación del **registro sanitario a medicamentos naturales o tradicionales**, se requerirá de la verificación de la identidad de la materia prima, que será certificada por el Herbario Nacional, en lo que corresponda.

Normas para medicamentos naturales, tradicionales y homeopáticos (2001)

Resolución Minisaterial N° 0013 de 16 de enero de 2001

Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Servicios de Salud, Unidad de Medicamentos.

DEFINICIÓN: Se entiende por medicamento natural y tradicional aquel que en su composición contiene principios activos o partes obtenidas directamente o mediante procedimientos específicos de vegetales, minerales o animales cuyo uso se halla justificado por la práctica de la medicina tradicional o bien por estudios científicos.

El Registro Sanitario de productos naturales de origen vegetal, mineral o animal con propiedades medicinales se llevará a cabo de acuerdo a los requisitos establecidos por la Ley del Medicamento, su Reglamento, Manual de Registro Sanitario y Normas Éticas para la promoción de Medicamentos.

Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (2001)

359. La prioridad de la EBRP en salud coincide con el principal objetivo de la Reforma de Salud: *Disminuir las tasas de mortalidad materno infantiles y el control de las principales endemias*. Para lograr este objetivo se definieron cinco líneas de acción: a) gestión eficiente de recursos humanos; b) ampliación del sistema de seguros de salud; c) control de enfermedades transmisibles y fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica; d) mejoramiento de la calidad y el estado nutricional de la población y e) desarrollo de la **interculturalidad en salud**.

e) Implementar el enfoque intercultural en salud

375. Para superar las barreras culturales en la prestación de servicios de salud se concientizará al personal médico y paramédico de la importancia de promover el respeto al uso y costumbres de los pueblos originarios en el proceso salud-enfermedad mediante campañas educativas. Esta acción logrará una mayor confianza de estos grupos de población en la medicina convencional, mejorando las coberturas de atención al parto y los niveles de vacunación.

376. Se ampliará el programa “**Salud con Identidad**” que busca la creación de un modelo mixto de atención que combine las virtudes y beneficios de los sistemas de atención tradicional y convencional y rescate las experiencias exitosas como el caso de **Willaqkuna** en Potosí. Las acciones de concertación del Diálogo Nacional han permitido que se desarrollen proyectos similares en coordinación con la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB) y los pueblos originarios del oriente.

En salud, se propuso consolidar el Seguro Básico de Salud Indígena y Originario y el Consejo Indígena de Salud mediante la puesta en vigencia de sus Reglamentos y apoyar la creación de oficinas de salud intercultural en 9 hospitales.

Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (2001)

Decreto Supremo N° 26330 (2001)

En el marco de las negociaciones sostenidas entre el Gobierno de Bolivia, la CSUTCB y FNMCBS, se consensuaron acuerdos contemplados en el convenio firmado el 23 de agosto de 2001 en la Localidad de Pucarani, se estableció la implementación del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario.

Reglamento del seguro básico de salud indígena y originario (SBS - IO)

POBLACIÓN ASEGURADA Y AFILIACIÓN

Artículo 1° *(De los componentes del SBS Indígena y originario)* El SBS – IO, tendrá los siguientes componentes:

- I.- **ASEGURAMIENTO.** Extensión del sistema de aseguramiento público, con nuevas prestaciones incorporadas al Seguro Básico de Salud, que promuevan: La adecuación cultural, el reconocimiento del equilibrio del cuerpo, el espíritu y el medio, la multiculturalidad en salud.
- II.- **INTERCULTURALIDAD.** Con el desarrollo de oficinas interculturales en salud, (yanapiris: el que ayuda) que promuevan y faciliten la atención en los servicios y programas de salud, así como otras acciones que promuevan la interculturalidad.
- III.- **AUXILIARES COMUNITARIOS DE SALUD.** Para articular el sistema comunitario, organización de la demanda de servicios y promuevan la salud y la vida en los municipios seleccionados.
- IV.- **FARMACOPEA NATIVA.** Que promueva la utilización científica, difusión, consumo, incorporación, investigación y comercialización de plantas medicinales, medicamentos y sustancias originarias en salud.
- V.- **BRIGADAS INTEGRALES EN SALUD.** Equipos móviles e itinerantes de salud, para la extensión de los servicios a las comunidades indígenas y originarias, dispersas y alejadas en los municipios seleccionados.
- VI.- **FOMENTO DE HÁBITOS NUTRICIONALES TRADICIONALES.** Que promueva, desarrolle y facilite, conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales saludables en todo el país y a nivel internacional, a través del consumo de alimentos tradicionales de cada piso ecológico, como la quinua y otros, de alto valor nutricional.
- VII.- **DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA TRADICIONAL EN LOS MUNICIPIOS SELECCIONADOS,** que fortalezcan la oferta de servicios, culturalmente adecuados para la población indígena y originaria del país, incorporando y extendiendo coberturas, programas y políticas de salud aplicadas. Así como la adecuación de equipamiento en infraestructura a la práctica y costumbres aceptadas por la población beneficiaria.
- VIII.- **CAPACITACIÓN** destinada a formar profesionales indígenas y originarios en salud, así como a desarrollar políticas, programas adecuados a la población indígena y originaria.
- IX.- **CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADECUACIÓN DE LA OFERTA** que en base a una visión comunitaria de la calidad, incluyan en la práctica diaria de los servicios de salud, medicina tradicional, respeto a la cultura, utilización de las propias lenguas y bilingüismo en la prestación de servicios, así como la incorporación de hábitos saludables tradicionales en la población boliviana, así como adecuada práctica profesional tradicional y occidental.
- X.- **FORTALECIMIENTO DE CAPITAL SOCIAL, REDES Y GOBIERNOS MUNICIPALES QUE PROMUEVAN LA SALUD CON IDENTIDAD.** Que en el marco de las organizaciones tradicionales y de las estructuras de Gobierno del país, se fortalezca la visión y misión de la salud con identidad, promoviendo participativamente, planificación estratégica y local, así como un permanente empoderamiento de las comunidades y población beneficiarias por la salud y la vida.

PRESTACIONES CUBIERTAS Y TARIFAS VIGENTES

Artículo 4° *(De las prestaciones)*

- I.- El SBS-IO cubre la atención ambulatoria de enfermedades que afectan a los menores de 5 años y mujeres en edad fértil, dentro de las prestaciones descritas en el presente Reglamento.

II.- Las prestaciones consisten en atenciones que incluyen consulta y medicamentos de la farmacopea nativa.

4.1. **Atención a la Niñez**, incluye un conjunto de prestaciones de salud, dirigidas a los menores de cinco años.

No.	Prestaciones	Tarifa en Bolivianos
1	Bronquitis aguda - Ch'aki ch'oju	2
2	Diarrea - K'echa onkoy	1.5
3	Parasitosis - Khurus o K'uyk'as	2
4	Conjuntivitis- Mal de ojo	2
5	Foliculitis – Ch'upu	2
6	Mal de susto- ánimo sarjkata o mal de ajayu	2.5
7	Sarcoptosis – Rasca rasca - Rasca palomita	3

4.2. **Atención a la Mujer y Recién Nacido**, comprende prestaciones de salud, orientadas a lograr una maternidad segura y un recién nacido sano.

Nº	Prestaciones	Tarifa en Bolivianos
8	Referencia de pacientes embarazadas a establecimientos de salud, para atención del parto °	10
9	Entrega de la Placenta*	0.50
10	Certificado de Nacimiento**	17

° La prestación 8 corresponde a mujeres embarazadas que sean referidas por el médico tradicional para la atención del parto en establecimientos de salud, para lo cual debe llenarse el formulario de referencia. El médico tradicional que refiera deberá tener como constancia la boleta de contrarreferencia para el cobro de la prestación

* La prestación 9 será realizada exclusivamente en establecimientos de salud. El establecimiento que atendió el parto, deberá entregar la placenta en una bolsa de plástico a la paciente o familiar que la reclame, el costo de esta prestación deberá ser incluido en el CAPO del SBSIO, para ser pagado por el municipio

** Los beneficios de la prestación 10, solo se obtendrá cuando el parto sea institucional. que se entregará a la madre o al familiar. El establecimiento de salud es el responsable de realizar el trámite correspondiente para la otorgación de dicho beneficio. Igualmente esta prestación debe ser incluida en el CAPO; para esta prestación se elaborará una reglamentación complementaria en un plazo de 30 días

- Para las prestaciones 9 y 10, el establecimiento de salud deberá tener un libro de registro donde especificará el nombre y apellido del usuario; la prestación otorgada, la fecha y como constancia la firma de conformidad del asegurado o un familiar.

Seguro Universal Materno Infantil (2002)

LEY N° 2426 (2002)

ARTICULO 1° (Objeto).

I. Se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, a:

a) Las mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación, hasta los 6 meses posteriores al parto.

b) Los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

II. Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutarán mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.

Modelo de gestión (2003)

DECRETO N° 26876 (2003)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

ARTÍCULO 1.- (DEFINICIÓN).I. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social. II. Involucra al Sistema Público, Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y la **Medicina Tradicional**.

ARTÍCULO 9.- (NIVELES DE ATENCIÓN). I. La prestación de servicios debe realizarse en todos los establecimientos de salud, organizados en tres niveles de atención.

· Primer Nivel: Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria e internación de tránsito. Este nivel de atención está conformado por: la **medicina tradicional**, brigada móvil de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con o sin camas, policlínicas y policlínulas; constituyéndose en la puerta de entrada al sistema de atención en salud.

ARTÍCULO 10.- (REDES DE SALUD).

I. El Sistema Nacional de Salud está conformado por un conjunto de servicios y establecimientos de salud, organizados en redes que corresponden a diferentes niveles de atención y escalones de complejidad.

II. Es responsabilidad de las Redes la defensa de la salud integral de la comunidad en su ámbito territorial.

III. Las Redes están conformadas por el Sistema Público de Salud y del Seguro Social de corto plazo.

IV. Los establecimientos de salud de la iglesia, privados con o sin fines de lucro y de **medicina tradicional**, forman parte de las Redes de Salud según convenio, donde corresponda y de acuerdo a su nivel de atención.

VI. El Ministerio de Salud y Previsión Social normará la Acreditación de los proveedores de **Medicina Tradicional** para su incorporación y coordinación en las redes de salud.

2.3. Declaración universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural (2001)

Adoptada por la 31ª reunión de la Conferencia General de la UNESCO
París, 2 de noviembre de 2001

IDENTIDAD, DIVERSIDAD Y PLURALISMO

ARTÍCULO 1 La diversidad cultural, patrimonio común de la humanidad

La cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y del espacio. Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es, para el género humano, tan necesaria como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

ARTÍCULO 2 De la diversidad cultural al pluralismo cultural

En nuestras sociedades cada vez más diversificadas, resulta indispensable garantizar una interacción armoniosa y una voluntad de convivir de personas y grupos con identidades culturales a un tiempo plurales, variadas y dinámicas. Las políticas que favorecen la inclusión y la participación de todos los ciudadanos garantizan la cohesión social, la vitalidad de la sociedad civil y la paz. Definido de esta manera, el pluralismo cultural constituye la respuesta política al hecho de la diversidad cultural. Inseparable de un contexto democrático, el pluralismo cultural es propicio a los intercambios culturales y al desarrollo de las capacidades creadoras que alimentan la vida pública.

ARTÍCULO 3 La diversidad cultural, factor de desarrollo

La diversidad cultural amplía las posibilidades de elección que se brindan a todos; es una de las fuentes del desarrollo, entendido no solamente en términos de crecimiento económico, sino también como medio de acceso a una existencia intelectual, afectiva, moral y espiritual satisfactoria.

DIVERSIDAD CULTURAL Y DERECHOS HUMANOS

ARTÍCULO 4 Los derechos humanos, garantes de la diversidad cultural

La defensa de la diversidad cultural es un imperativo ético, inseparable del respeto de la dignidad de la persona humana. Ella supone el compromiso de respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular los derechos de las personas que pertenecen a minorías y los de los pueblos autóctonos. Nadie puede invocar la diversidad cultural para vulnerar los derechos humanos garantizados por el derecho internacional, ni para limitar su alcance.

ARTÍCULO 5 Los derechos culturales, marco propicio de la diversidad cultural

Los derechos culturales son parte integrante de los derechos humanos, que son universales, indisociables e interdependientes. El desarrollo de una diversidad creativa exige la plena realización de los derechos culturales, tal como los define el Artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Artículos 13 y 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Toda persona debe, así, poder expresarse, crear y difundir sus obras en la lengua que desee y en particular en su lengua materna; toda persona tiene derecho a una educación

y una formación de calidad que respete plenamente su identidad cultural; toda persona debe poder participar en la vida cultural que elija y ejercer sus propias prácticas culturales, dentro de los límites que impone el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

ARTÍCULO 6 Hacia una diversidad cultural accesible a todos

Al tiempo que se garantiza la libre circulación de las ideas mediante la palabra y la imagen, hay que procurar que todas las culturas puedan expresarse y darse a conocer. La libertad de expresión, el pluralismo de los medios de comunicación, el multilingüismo, la igualdad de acceso a las expresiones artísticas, al saber científico y tecnológico –comprendida su forma electrónica– y la posibilidad, para todas las culturas, de estar presentes en los medios de expresión y de difusión, son los garantes de la diversidad cultural.

DIVERSIDAD CULTURAL Y CREATIVIDAD

ARTÍCULO 7 El patrimonio cultural, fuente de la creatividad

Toda creación tiene sus orígenes en las tradiciones culturales pero se desarrolla plenamente en contacto con otras. Esta es la razón por la cual el patrimonio, en todas sus formas, debe ser preservado, valorizado y transmitido a las generaciones futuras como testimonio de la experiencia y de las aspiraciones humanas, a fin de nutrir la creatividad en toda su diversidad e instaurar un verdadero diálogo entre las culturas.

ARTÍCULO 8 Los bienes y servicios culturales, mercancías distintas de las demás

Frente a los cambios económicos y tecnológicos actuales, que abren vastas perspectivas para la creación y la innovación, se debe prestar una atención particular a la diversidad de la oferta creativa, a la justa consideración de los derechos de los autores y de los artistas, así como al carácter específico de los bienes y servicios culturales que, en la medida en que son portadores de identidad, de valores y sentido, no deben ser considerados como mercancías o bienes de consumo como los demás.

ARTÍCULO 9 Las políticas culturales, catalizadoras de la creatividad

Las políticas culturales, en tanto que garantizan la libre circulación de las ideas y las obras, deben crear condiciones propicias para la producción y difusión de bienes y servicios culturales diversificados, gracias a industrias culturales que dispongan de medios para desarrollarse en los planos local y mundial. Cada Estado debe, respetando sus obligaciones internacionales, definir su política cultural y aplicarla, utilizando para ello los medios de acción que juzgue más adecuados, ya se trate de apoyos concretos o de marcos reglamentarios apropiados.

DIVERSIDAD CULTURAL Y SOLIDARIDAD INTERNACIONAL

ARTÍCULO 10 Reforzar las capacidades de creación y de difusión a escala mundial

Ante los desequilibrios que se producen actualmente en los flujos e intercambios de bienes culturales a escala mundial, es necesario reforzar la cooperación y la solidaridad internacionales destinadas a permitir que todos los países, en particular los países en desarrollo y los países en transición, establezcan industrias culturales viables y competitivas en los planos nacional e internacional.

ARTÍCULO 11 Establecer relaciones de asociación entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil

Las fuerzas del mercado por sí solas no pueden garantizar la preservación y promoción de la diversidad cultural, condición de un desarrollo humano sostenible. Desde este punto de vista,

conviene fortalecer la función primordial de las políticas públicas, en asociación con el sector privado y la sociedad civil.

ORIENTACIONES PRINCIPALES DE UN PLAN DE ACCIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LA UNESCO SOBRE LA DIVERSIDAD CULTURAL

1 — Profundizar el debate internacional sobre los problemas relativos a la diversidad cultural, en particular los que se refieren a sus vínculos con el desarrollo y a su influencia en la formulación de políticas, a escala tanto nacional como internacional; profundizar en particular la reflexión sobre la conveniencia de elaborar un instrumento jurídico internacional sobre la diversidad cultural.

2 — Desarrollar la definición de los principios, normas y prácticas en los planos nacional e internacional, así como de los medios de sensibilización y las formas de cooperación más propicias a la salvaguardia y a la promoción de la diversidad cultural.

3 — Favorecer el intercambio de conocimientos y de las prácticas recomendables en materia de pluralismo cultural con miras a facilitar, en sociedades diversificadas, la inclusión y la participación de las personas y de los grupos que proceden de horizontes culturales variados.

4 — Avanzar en la comprensión y la clarificación del contenido de los derechos culturales, considerados como parte integrante de los derechos humanos.

5 — Salvaguardar el patrimonio lingüístico de la humanidad y apoyar la expresión, la creación y la difusión en el mayor número posible de lenguas.

6 — Fomentar la diversidad lingüística –respetando la lengua materna– en todos los niveles de la educación, dondequiera que sea posible, y estimular el aprendizaje del plurilingüismo desde la más temprana edad.

7 — Alentar, a través de la educación, una toma de conciencia del valor positivo de la diversidad cultural y mejorar, a este efecto, tanto la formulación de los programas escolares como la formación de los docentes.

8 — Incorporar al proceso educativo, tanto como sea necesario, métodos pedagógicos tradicionales, con el fin de preservar y optimizar los métodos culturalmente adecuados para la comunicación y la transmisión del saber.

9 — Fomentar la “alfabetización electrónica” y acrecentar el dominio de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, que deben considerarse al mismo tiempo como disciplinas de enseñanza y como instrumentos pedagógicos capaces de reforzar la eficacia de los servicios educativos.

10 — Promover la diversidad lingüística en el espacio numérico y fomentar el acceso gratuito y universal, a través de las redes mundiales, a todas las informaciones que pertenecen al dominio público.

11 — Luchar contra las desigualdades en materia de electrónica –en estrecha cooperación con los organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas– favoreciendo el acceso de los países en desarrollo a las nuevas tecnologías, ayudándolos a dominar las tecnologías de la información y facilitando a la vez la circulación electrónica de los productos culturales endógenos y el acceso de dichos países a los recursos numéricos de orden educativo, cultural y científico, disponibles a escala mundial.

12 — Estimular la producción, la salvaguardia y la difusión de contenidos diversificados en los medios de comunicación y las redes mundiales de información y, con este fin, promover la función de los servicios públicos de radiodifusión y de televisión en la elaboración de producciones audiovisuales de calidad, favoreciendo en particular el establecimiento de mecanismos cooperativos que faciliten la difusión de las mismas.

13 — Elaborar políticas y estrategias de preservación y valorización del patrimonio cultural y natural, en particular del patrimonio oral e inmaterial, y combatir el tráfico ilícito de bienes y servicios culturales.

14 — Respetar y proteger los sistemas de conocimiento tradicionales, especialmente los de las poblaciones autóctonas; reconocer la contribución de los conocimientos tradicionales a la protección del medio ambiente y a la gestión de los recursos naturales, y favorecer las sinergias entre la ciencia moderna y los conocimientos locales.

15 — Apoyar la movilidad de creadores, artistas, investigadores, científicos e intelectuales y el desarrollo de programas y de asociaciones internacionales de investigación, procurando al mismo tiempo preservar y aumentar la capacidad creativa de los países en desarrollo y en transición.

16 — Garantizar la protección de los derechos de autor y de los derechos conexos, con miras a fomentar el desarrollo de la creatividad contemporánea y una remuneración justa del trabajo creativo, defendiendo al mismo tiempo el derecho público de acceso a la cultura, de conformidad con el Artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

17 — Ayudar a la creación o a la consolidación de industrias culturales en los países en desarrollo y los países en transición y, con este propósito, cooperar en el desarrollo de las infraestructuras y las competencias necesarias, apoyar la creación de mercados locales viables y facilitar el acceso de los bienes culturales de dichos países al mercado mundial y a los circuitos de distribución internacionales.

18 — Elaborar políticas culturales que promuevan los principios inscritos en la presente Declaración, entre otras cosas mediante mecanismos de apoyo a la ejecución y/o de marcos reglamentarios apropiados, respetando las obligaciones internacionales de cada Estado.

19 — Asociar estrechamente los diferentes sectores de la sociedad civil a la definición de las políticas públicas de salvaguardia y promoción de la diversidad cultural.

20 — Reconocer y fomentar la contribución que el sector privado puede aportar a la valorización de la diversidad cultural y facilitar, con este propósito, la creación de espacios de diálogo entre el sector público y el privado.

2.4. Declaración de Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II

La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV

Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad.

Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII

La atención primaria sanitaria:

(1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.

(2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

(3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.

(4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

(5) Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X

Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias

multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración

Recomendaciones

2. Participación de la comunidad en la atención primaria de Salud

La Conferencia,

Persuadida de que la autorresponsabilidad y la conciencia social nacional y comunitaria son factores fundamentales del progreso humano, y reconociendo que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar en el proceso de mejorar y conservar la salud,

RECOMIENDA que los gobiernos estimulen y aseguren la plena participación de la comunidad mediante la difusión eficaz de la información pertinente, el incremento de la alfabetización y el establecimiento del marco institucional necesario que permita a los individuos, las familias y las comunidades hacerse responsables de su salud y bienestar.

9. Funciones y categorías de personal de salud y de profesiones afines para la atención primaria de salud

La Conferencia,

Persuadida de que el desarrollo de la atención primaria de salud depende de actitudes y capacidades de todo el personal de salud organizado para apoyar y completar las actividades del personal de primera línea, RECOMIENDA que los gobiernos atribuyan alta prioridad a la utilización plena de los recursos humanos definiendo para cada una de las categorías del personal de salud la función técnica, las competencias y las actitudes necesarias con arreglo a las tareas que le incumben a fin de lograr una atención primaria de salud eficaz; y creando equipos formados por agentes de salud de la comunidad, otro personal de desarrollo, personal de categoría intermedia, enfermeras, parteras, médicos y, cuando proceda, personas que practican la medicina tradicional y parteras empíricas.

11. Incentivos para prestar servicio en zonas remotas y desatendidas

La Conferencia,

Reconociendo que la prestación de servicios de atención primaria de salud que respondan ante todo a las necesidades de la población desatendida exige una dedicación y motivación especiales y que, incluso cuando se dan esas condiciones, es absolutamente necesario recompensar y reconocer por medios culturalmente adecuados los servicios prestados en condiciones difíciles y riesgosas, RECOMIENDA que se prevean incentivos para todas las categorías de personal de salud en proporción con el aislamiento geográfico y la dureza de las condiciones en que viven y trabajan. Esos incentivos deben adaptarse a las situaciones locales y pueden adoptar formas tales como mejores condiciones de vida y de trabajo y posibilidades de perfeccionamiento y de enseñanza permanente.

12. Tecnología apropiada para la salud

La Conferencia,

Persuadida de que la atención primaria de salud exige la identificación, el desarrollo, la adaptación y la aplicación de una tecnología apropiada, RECOMIENDA que los gobiernos, las instituciones de investigación y de enseñanza, las organizaciones no gubernamentales y, sobre todo, las comunidades, desarrollen, tanto en el sistema sanitario como en los servicios afines, tecnologías y métodos aptos para mejorar la salud, científicamente válidos, adaptados a las necesidades locales, aceptables para la comunidad, y mantenidos por la propia población, de conformidad con el principio de autorresponsabilidad, y a un coste abordable para la comunidad y para el país.

14. Medicamentos esenciales para la atención primaria de salud

La conferencia,

Reconociendo que la atención primaria de salud exige un suministro continuo de medicamentos esenciales; que el suministro de medicamentos representa una proporción importante de los gastos del sector sanitario; y que la progresiva ampliación de la atención primaria de salud para lograr en su día una cobertura nacional entraña un gran incremento en el suministro de medicamentos,

RECOMIENDA que los gobiernos formulen políticas y reglamentaciones nacionales en lo que se refiere a la importación, la producción local, la venta y la distribución de medicamentos y productos biológicos, a fin de garantizar la disponibilidad de fármacos esenciales en los diversos niveles de atención primaria de salud, al menor costo posible; que se adopten medidas específicas con el objeto de prevenir la utilización excesiva de medicamentos; que se utilicen remedios tradicionales de eficacia comprobada; y que se establezcan sistemas eficaces de administración y de suministros.

2.5. Winnipeg. Reunión de trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud (1993)

La Reunión se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg, en Manitoba, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993, con la asistencia de 68 participantes, provenientes de 18 países de la Región de las Américas. Estuvieron representados delegados de organizaciones, pueblos y naciones indígenas del continente, delegaciones oficiales de gobiernos, a la vez que organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.

La Reunión de Winnipeg fue de naturaleza consultiva, en la que se prepararon una serie de recomendaciones para la OPS, los Gobiernos Miembros y otras organizaciones, que fueron luego ratificadas por el plenario y los participantes. Durante las deliberaciones se identificaron y adoptaron los siguientes principios fundamentales, dentro de los cuales se condujeron los debates y surgieron las recomendaciones. Estos principios son los siguientes:

- i. la necesidad de un abordaje integral a la salud;
- ii. el derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas;
- iii. el derecho a la participación sistemática;
- iv. el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y
- v. la reciprocidad en las relaciones.

La Reunión de Winnipeg ratificó la importancia de abordar la Salud de los Pueblos Indígenas en relación con el contexto geopolítico y social, a la luz de los procesos históricos en curso.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de la Reunión de Winnipeg son las siguientes:

A. Dada la alarmante situación de salud que ha sido reportada en algunos pueblos indígenas del continente, se recomienda que los gobiernos y la OPS identifiquen con carácter inmediato las áreas prioritarias y las poblaciones más necesitadas, para luego declarar a éstas como zonas o pueblos en emergencia, por lo cual deben recibir un tratamiento especial y prioritario en materia de salud y mejoramiento de las condiciones de vida a nivel local. Es preciso definir a nivel de los países, conjuntamente con las poblaciones afectadas, las estrategias y los programas de intervención para superar los problemas de salud más urgentes, así como la definición de acciones a mediano y largo plazo.

B. La OPS y los Ministerios de Salud deberían asegurar un sistema de vigilancia sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas. Es necesario desarrollar métodos e instrumentos específicos e indicadores epidemiológicos para evaluar esta situación en forma continua y sistemática. Se deberán establecer mecanismos que

1. Cabe señalar que se preparó un borrador de estas recomendaciones al término de la Reunión de Winnipeg. Si bien el texto original y el orden asignado por los participantes han sido cambiados en la redacción de este anexo, el contenido no ha sido modificado. Al momento de redacción de este anexo, no se había ratificado aún la versión final de las Recomendaciones y los delegados contaban con un período de seis semanas para hacer comentarios o correcciones sobre las mismas. Permitan a la comunidad indígena participar en la definición del tipo de información a recoger y el uso que se dará a la misma.

3. El desarrollo de proyectos y programas de salud en comunidades indígenas se basará en la utilización máxima y apropiada de recursos locales y en la participación sistemática y activa de la población en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los mismos. La OPS y los gobiernos miembros deberán asegurar que en la ejecución de programas y proyectos de salud en los pueblos indígenas, se establezca la coordinación directa con las comunidades indígenas y organizaciones de base. Dichos programas deberán contribuir al fortalecimiento del auto-gobierno y autonomía de los pueblos indígenas.

4. Especial prioridad se debe adjudicar a los programas de salud de la mujer. Las poblaciones indígenas migrantes y en zonas fronterizas, en particular aquellas sometidas a la migración forzada, deben ser objeto de políticas y programas especiales de salud.

5. La OPS y los países promoverán el diálogo y el intercambio entre los programas de Atención Primaria de Salud con la estrategia de SILOS, en áreas con poblaciones indígenas, con el fin de reajustar el contenido de los programas a las culturas locales y adaptar las actividades a las necesidades reales de las comunidades a nivel local. Este reajuste y adaptación debe ser hecho con participación directa de los pueblos indígenas.

6. Todos los proyectos y programas de salud en áreas indígenas deben respetar los valores culturales y las tradiciones, así como reconocer las diferencias geográficas y sociales de los pueblos indígenas involucrados.

7. En la definición de un nuevo modelo de atención de salud, la OPS y los Gobiernos Miembros deberán reconocer que la cultura y las relaciones interculturales tienen un papel fundamental como mediadores entre las condiciones materiales de vida y la salud de los individuos y las comunidades.

8. Los países deben hacer un esfuerzo de capacitación de los trabajadores de salud no indígenas que se desempeñan en áreas indígenas, para desarrollar actitudes favorables, comprensión y respeto hacia la cultura local, las creencias y las prácticas médicas tradicionales. Los trabajadores de salud en zonas remotas y de difícil acceso deben recibir incentivos y oportunidades de capacitación y formación adecuadas.

9. Las universidades, centros de estudio y entrenamiento, y el sector oficial deben asegurar cuotas para que miembros de los pueblos indígenas tengan acceso a los programas de entrenamiento para trabajadores de salud. Los criterios de selección de los candidatos y los perfiles educacionales serán establecidos con la participación de las comunidades indígenas. En la formación de profesionales y auxiliares de salud se debe dar relieve al área intercultural (salud y medicina transcultural) en el plan de estudios.

10. Que las instituciones internacionales y agencias gubernamentales reconozcan y utilicen la experiencia de los pueblos indígenas en la conservación y manejo del medio ambiente y sus recursos. Debe trabajarse mancomunadamente en la defensa de la tierra, en el mejoramiento de la vivienda y de la alimentación, en la preservación del medio ambiente natural y en el control de la contaminación ambiental.

11. La OPS y los Gobiernos Miembros deben fortalecer las políticas de conservación de recursos naturales y control a nivel de los países, estableciendo las regulaciones del caso, con el fin de evitar la sobre-explotación y depredación de plantas y sustancias medicinales por industrias farmacéuticas y otros intereses creados, y preservar la biodiversidad.

12. La OPS debería promover activamente las iniciativas regionales y locales que se están desarrollando en búsqueda de una articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, estimulando el intercambio de experiencias entre ellas, así como la mayor divulgación sobre el desarrollo y resultados de las mismas. El intercambio debe incluir no sólo a los investigadores, sino también a los trabajadores de atención primaria y a los médicos o terapeutas tradicionales y las organizaciones indígenas.

13. Es de fundamental importancia que los países, con la asistencia técnica y el apoyo de la OPS, inicien la revisión de los Códigos Sanitarios, con el fin de reconocer los valores y las prácticas médicas tradicionales indígenas, procurando a la vez limitar o eliminar las medidas represivas o penales en contra de los

médicos o terapeutas tradicionales.

14. La OPS debería prestar apoyo y cooperación técnica en el campo de la salud indígena y medicina tradicional, en la generación de conocimientos y su diseminación, a través de proyectos de investigación colaborativa entre países, promoviendo y apoyando redes de intercambio, reuniones, simposium y publicaciones especiales.

15. Es importante que la OPS estimule y apoye la investigación participativa relacionada con la salud de los pueblos indígenas. Los temas prioritarios deben definirse en conjunto con las poblaciones locales. Tanto el proceso como los resultados deben ser compartidos con los pueblos indígenas a nivel local, regional y nacional.

16. Toda investigación-acción relacionada con la salud de los pueblos indígenas no será estimulada si no es planeada y conducida con la participación de las comunidades en todas sus etapas. Las investigaciones sobre salud indígena deben ceñirse a los códigos de ética internacionales en vigencia. Las investigaciones sobre pueblos indígenas deberán contar con un mecanismo de control por parte de las poblaciones afectadas.

17. Los participantes desean enfatizar la necesidad de introducir leyes que respondan a los derechos y necesidades de salud de los pueblos indígenas y que éstas se cumplan. Sin el respaldo de la voluntad política, las leyes y dispositivos no tienen ningún valor.

18. Finalmente, los delegados a la Reunión quieren hacer los siguientes pronunciamientos dirigidos al ámbito internacional e intergubernamental:

i) Solicitar a la OPS que se incluya el tema de Salud Indígena en la próxima Reunión de Ministros de Salud de las Américas, así como que se proponga su inclusión en la Agenda en la próxima Asamblea Mundial de la Salud.

ii) Alentar al Grupo de Trabajo de Poblaciones Indígenas de la ONU para que se promulgue la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas.

iii) Instar a los Gobiernos de la Región para la ratificación y aplicación del Convenio n.º 169 de la OIT.

iv) Recomendar se implementen las recomendaciones del Capítulo 26 de la Agenda 21, emanada de la Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo.

v) Instar a los Gobiernos Miembros a que se adopten las resoluciones emanadas de la Cumbre sobre Derechos de los Niños de la UNICEF, en particular en lo que atañe a la salud de los niños indígenas.

vi) Propiciar que los países y la agencias responsables (i.e. UNESCO) arbitren las medidas necesarias para la recuperación, protección y preservación de lugares sagrados de los pueblos indígenas, con el fin de respetar la integridad del patrimonio cultural de estos pueblos.

vii) Finalmente, los participantes a esta Reunión apelan con firmeza a que las agencias internacionales, los organismos no-gubernamentales, las instituciones y los gobiernos, movilicen los recursos económicos necesarios para la implantación de las recomendaciones emanadas de esta Reunión de Trabajo.

SEGUIMIENTO

Se destinaron varias recomendaciones para asegurar el seguimiento a las resoluciones adoptadas por la Reunión de Trabajo. Entre ellas se destacan las siguientes:

a) Que se conforme una Comisión con delegados indígenas (de Norte, Centro y Sud América) a esta Reunión de Trabajo, con el fin de hacer el seguimiento a las acciones acordadas, prestar apoyo a la gestión de la OPS frente a los Cuerpos Directivos de la Organización y presentar las recomendaciones en la próxima Reunión de Ministros de Salud de la Américas.

b) Los delegados de cada país presentarán las recomendaciones a los Ministros de Salud en sus respectivos países, para acompañar el esfuerzo que por su lado realizará la OPS en este sentido. Asimismo, se encargarán de presentar estas recomendaciones en foros mundiales (e.g. la cumbre sobre Derechos Humanos) y regionales.

c) Conformar un Equipo de Trabajo para el apoyo y seguimiento de las medidas que adopten los distintos países en relación a la salud de los pueblos indígenas.

d) Demandar el apoyo de los parlamentarios indígenas del continente en materia de legislación sobre salud indígena.

e) Establecer una red de información entre los delegados (y otros) con una representación en cada país.

2.6. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005

“La medicina tradicional” es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales.

En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”.

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria. Mientras tanto, en muchos países desarrollados, la MCA se está haciendo cada vez más popular (...) En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad (...) En muchos países desarrollados el popular uso de la MCA está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria. Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes, la MCA parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática.

En general, sin embargo, el cada vez mayor uso de la MT/MCA no está acompañado por un aumento en la cantidad, la calidad y la accesibilidad de la evidencia clínica para respaldar las afirmaciones de la MT/MCA.

Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA. A fin de maximizar el potencial de la MT/MCA como fuente de cuidado de la salud, primero deben afrontarse una serie de temas. Éstos están asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional.

Existen muchas formas de medicina tradicional, entre los que se incluyen la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe. A lo largo de la historia los asiáticos, africanos, árabes, nativos americanos, oceánicos, centroamericanos y sudamericanos, además de otras culturas, han desarrollado una gran variedad de sistemas de medicinas tradicionales indígenas. Influenciados por factores tales como la historia, las actitudes personales y la filosofía, su práctica varía en gran medida de un país a otro y de una región a otra. No es necesario decir que su teoría y aplicación difieren de manera importante de la teoría y la aplicación de la medicina alopática. Dependiendo de las terapias implicadas, las terapias de la MT/MCA puede clasificarse como terapias de medicación — si se utilizan medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales — o terapias sin medicación — si se realiza principalmente sin el uso de medicación, como es el caso de la acupuntura, las terapias manuales, el gigong, tai ji, la terapia termal, el yoga y otras terapias físicas, mentales, espirituales y terapias de mente y cuerpo. La medicina tradicional puede codificarse, regularse, enseñarse abiertamente y practicarse amplia y sistemáticamente, además de beneficiarse de miles de años de experiencia. A la inversa, puede ser reservada, mística y extremadamente localizada, a través de la difusión oral de conocimientos y prácticas. Puede basarse en síntomas físicos destacados o fuerzas supernaturales percibidas. Sin duda, en el ámbito global, la medicina tradicional elude la definición o descripción precisa, conteniendo como lo hace

características y puntos de vista diversos y a veces conflictivos. No obstante una definición práctica resulta útil. Para la OMS tal definición debe ser por necesidad amplia e inclusiva.

La OMS define la medicina tradicional como **prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.**

Incorporación de la MT/MCA a los sistemas de salud nacionales. La OMS ha definido tres tipos de sistemas de salud para describir el punto hasta el que la MT/MCA es un elemento sanitario oficialmente reconocido.

En un **sistema integrado**, la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que: la MT/MCA está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias de la MT/MCA están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicos como privados); el tratamiento de MT/MCA se reembolsa bajo el seguro sanitario; se realizan estudios relevantes; y se dispone de educación sobre MT/MCA. Mundialmente, sólo China, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Vietnam pueden considerarse tener un sistema integrador.

Un **sistema inclusivo** reconoce la MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, ya sea aporte de cuidados sanitarios, educación y formación o regulación. Es posible que la MT/MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede ser el seguro sanitario no cubra tratamientos de MT/MCA, puede que la educación oficial de MT/MCA no este disponible en el ámbito universitario, y puede que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT/MCA o que en caso de existir solamente sea parcial. Dicho esto, se estará trabajando en la política, normativa, práctica, cobertura sanitaria, la investigación y la educación. Los países que tienen en funcionamiento un sistema inclusivo incluyen países en vías de desarrollo tales como Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali que tienen una política de MT/MCA nacional, pero poco o nada sobre regulación de los productos de la MT/MCA, y países desarrollados tales como Canadá y el Reino Unido que no ofrecen un nivel educativo universitario importante en MT/MCA, pero que se están esforzando por asegurar la calidad y la seguridad de la MT/MCA. Por último, están los países que operan un sistema completo y que esperan obtener un sistema integrador.

En países con un **sistema tolerante**, el sistema sanitario nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA.

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005

Objetivos, componentes y resultados esperados

Objetivos

POLÍTICA: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, desarrollando e implementando políticas y programas nacionales de MT/MCA

SEGURIDAD, EFICACIA Y CALIDAD: Promover la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA y fomentando la orientación sobre pautas normativas y de control de calidad.

ACCESO: Aumentar la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, con énfasis en el acceso para las poblaciones pobres

USO RACIONAL: Fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MCA apropiada tanto de proveedores como de consumidores

Componentes

1. Reconocimiento de la MT/MCA. Ayudar a los países a desarrollar políticas y programas nacionales de MT/MCA

- 2. Proteger y preservar los conocimientos indígenas sobre MT asociados con la salud.** Ayudar a los países a desarrollar estrategias para proteger los conocimientos indígenas de MT
- 3. Base de evidencia para la MT/MCA** Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA, con énfasis en los problemas sanitarios prioritarios como la malaria y VIH/SIDA.
- 4. Regulación de medicinas con base de hierbas** Apoyar a los países para establecer sistemas legislativos eficaces para el registro y control de calidad de las medicinas con base de hierbas
- 5. Pautas sobre seguridad, eficacia y calidad** Desarrollo y apoyo a la implantación de guías técnicas para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las medicinas
- 6. Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la sanidad.** Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA a la sanidad alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos
- 7. Protección de las plantas medicinales** Fomentar el uso y cultivo sostenibles las plantas medicinales
- 8. Uso correcto de MT/MCA por parte de los proveedores.** Aumentar la capacidad de los suministradores de MT/MCA para hacer un uso correcto de los productos y terapias de MT/MCA
- 9. Uso correcto de la MT/MCA por parte de los consumidores.** Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA

Resultados esperados

- 1.1 Mayor apoyo gubernamental para la MT/MCA mediante una amplia política nacional sobre MT/MCA
- 1.2 Integrar la MT/MCA relevante en los servicios del sistema sanitario nacional
- 2.1 Aumentar el registro y preservación de los conocimientos indígenas de MT, incluyendo el desarrollo de bibliotecas digitales de MT
- 3.1 Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la MT/MCA a través de una red y del intercambio de información precisa
- 3.2 Revisiones técnicas de estudios sobre el uso de MT/MCA para la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y estados comunes
- 3.3 Apoyo selectivo para el estudio clínico en el uso de MT/MCA para problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y VIH/SIDA, y enfermedades de calidad comunes
- 4.1 Legislación nacional de medicinas con base de hierbas, incluyendo registro, establecimiento e implantación
- 4.2 Control de seguridad de medicinas con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA
- 5.1 Pautas y metodología técnica para valorar la seguridad, eficacia y calidad de MT/MCA
- 5.2 Criterio de datos basados en evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de terapias de MT/MCA con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA
- 6.1 Criterio e indicadores, cuando sea posible, para medir la costo-efectividad y el acceso equitativo a la MT/MCA
- 6.2 Aumentar la provisión de MT/MCA apropiada a través de los servicios sanitarios nacionales
- 6.3 Aumentar el número de organizaciones nacionales de proveedores de MT/MCA
- 7.1 Pautas para una buena práctica agrícola en de relación con las plantas medicinales
- 7.2 Uso sostenible de recursos de plantas medicinales
- 8.1 Formación básica en las terapias MT/MCA más utilizadas para los practicantes alopáticos
- 8.2 Formación básica en atención sanitaria primaria a los practicantes de MT
- 9.1 Información fiable para los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MCA
- 9.2 Mejorar la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de la MT/MCA